



# Masteroppgave

**ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse**

**Hvordan komme fra «knowing» til «doing»?**

**Legemiddelsamstemming ved en medisinsk avdeling.**

**Hvordan skape varig endring som er til pasientens beste?**

**Monica Nasset Devold**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 90**

**Molde, 21.05.2014**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høyskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 45

Veileder: Ingunn Gjerde

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05.2014

## Forord

Det er et økende fokus på kvalitet i helsetjenesten, både gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» og stortingsmeldingen God kvalitet – trygge tjenester (2012-2013).

Som seksjonsleder i Helse Møre og Romsdal HF er dette noe som opptar meg mye i det daglige arbeidet. Jeg har reist rundt på ulike kvalitetskonferanser for å få inspirasjon, og har på bakgrunn av dette startet med kvalitetsforbedrende tiltak i egen avdeling i samarbeid med andre seksjonsleder og leger innad i avdelingen.

Jeg vil takke ledelsen i medisinsk avdeling i Ålesund for tilrettelegging og støtte til å skrive denne masteroppgaven. En spesiell takk går til avdelingssjef Gro Åsnes, driftskonsulent Kathrin Riksheim og til sekretær Terese Rotset. Takk også til dr. Erik Liaaen for inspirasjon og hjelp i prosessen.

Vår egen ledelse i medisinsk avdeling setter også sterk fokus på kvalitetsarbeid, og dette er tema på ulike møter og samlinger. Kvalitetshevende tiltak må være forankret i ledelsen, ellers er arbeidet ofte fånyttet.

*«God ledelse styrker pasientsikkerheten. Dårlig ledelse kan være livsfarlig.»*

(Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013: 11)

Ålesund, mai 2014

Monica Nasset Devold

## Sammendrag

Denne masteroppgaven skal ta for seg samstemming av legemiddel hos pasienter innlagt i medisinsk avdeling. Legemiddelsamstemming er definert som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Det er godt dokumentert at feil bruk av legemidler medfører en betydelig mengde pasientskader og dødsfall hvert år. Dette gir personlige tragedier, samt at det påfører samfunnet store kostnader. Forskning viser at 10 % av alle innleggelser i medisinske avdelinger i sykehus skyldes feil legemiddelbruk, og at om lag hver fjerde avviksmelding i helsevesenet skyldes legemiddelrelaterte hendelser.

Det er et nasjonalt fokus på kvalitetsforbedrende tiltak, både gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» og gjennom Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013). Jeg har valgt å dra ut et av innsatsområdene i kvalitetsarbeidet, legemiddelsamstemming. Helse Møre og Romsdal HF har innført en ny prosedyre på nettopp opptak av legemiddelanamnese, og jeg vil se på hvordan personalet i medisinsk avdeling ved Ålesund Sykehus etterlever denne.

Fokuset i oppgaven er å se på hvilke tiltak som er nødvendig for å etterleve denne prosedyren. Hvordan kan personalet endre sin praksis, og sine daglige rutiner for å oppnå en bedre kvalitet på den tjenesten de yter. Og hvordan kan en slik endring resultere i en varig endring?

Jeg har valgt å støtte meg spesielt til «the model for improvement», som er en anerkjent modell i helsevesenet for forbedringsarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Gjennom mange små PDSA-sykluser kan man justere kursen for å korrigere kursen for å oppnå fastsatte mål. Gjennom målinger ser man at dagens praksis i forhold til legemiddelsamstemming ikke er god nok, og tiltak må iverksettes for å oppnå de resultater som er ønskelige. Jeg har også foretatt en spørreundersøkelse blant ansatte i medisinsk avdeling, for å få deres opplevelse av den nye legemiddelsamstemmingsprosedyren i helseforetaket.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>2</b>
1.1	Opresjonalisering av problemstillingen.....	2
1.2	Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.2.1	Problemstillingens begrensninger .....	4
1.3	Definisjon av sentrale begrep .....	4
1.3.1	Legemiddelsamstemming .....	4
1.3.2	Norsk Forum for Kvalitet i Helsevesenet (NFKH) .....	5
1.3.3	Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7».....	5
1.3.4	Kvalitet.....	6
1.3.5	Kvalitetsindikatorer .....	6
1.3.6	Medisinsk avdeling .....	6
1.3.7	Målstyring .....	7
1.3.8	Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester .....	7
1.3.9	The knowing-doing-gap .....	8
1.4	Samfunnsmessig relevans og faglig/teoretisk begrunnelse .....	9
1.5	Valg av metode.....	10
<b>2.0</b>	<b>Teorikapittel .....</b>	<b>13</b>
2.1	Ekspertorganisasjon.....	13
2.1.1	Utfordringer for ledelse av helsesektoren .....	16
2.2	Organisasjonsendring .....	17
2.2.1	Planlagt endring .....	17
2.2.2	Endringens drivkrefter .....	18
2.2.3	Konteksten .....	19
2.2.4	Endringsprosessen og endringsledelse.....	20
2.3	The model for improvement.....	23
2.3.1	Teamsammensetting.....	24
2.3.2	Å sette mål.....	24
2.3.3	Å etablere målinger .....	25
2.3.4	Tre typer målinger .....	26
2.3.5	Å velge endring .....	27
2.3.6	Å måle endring.....	27
2.3.7	Grunner for å teste ut endringer .....	28
2.4	PDSA-syklusen, steg for steg .....	29
2.4.1	Implementering av endringene.....	30
2.4.2	Breeding av endringene .....	31
<b>3.0</b>	<b>Empiri .....</b>	<b>32</b>
3.1	Prosjektarbeidet rundt legemiddelsamstemmingsprosedyren .....	32
3.2	Resultat av spørreundersøkelsen .....	43
<b>4.0</b>	<b>Analyse .....</b>	<b>46</b>
<b>5.0</b>	<b>Avslutning/konklusjon.....</b>	<b>64</b>
	<b>Grunnlagsinformasjon.....</b>	<b>73</b>
	<b>Hensikt .....</b>	<b>73</b>
	<b>Omfang.....</b>	<b>74</b>

<b>Arbeidsbeskriving</b> .....	<b>74</b>
<b>Ansvar</b> .....	74
<b>Framgangsmåte</b> .....	74
<b>Referansar</b> .....	75
<b>Konkurrerer om å bli best på kvalitet</b> .....	82
<b>Set pris på konkurranseinstinktet</b> .....	82
<b>Rapportering har blitt gøy</b> .....	82
<b>Rett medisin til rett tid</b> .....	83

## 1.0 Innledning

Kvalitet i helsetjenesten er i sterk fokus i helsevesenet, og det er også gitt sterke signaler om at dette er viktig fra regjeringen side. I 2013 la de frem stortingsmeldingen «God kvalitet – Trygge tjenester» (Meld. St. 10 2012 – 2013), som understøtter dette. I stortingsmeldingen er det gitt signaler om økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. I dette arbeidet skal måling av kvalitet og åpenhet om resultatene være fremtredende.

I denne masteroppgaven i samfunnsendring, organisasjon og ledelse, ønsker jeg å se på hvordan helsetjenesten kan få økt kvalitet på de tjenestene de gir til pasientene. Jeg har valgt ut en medisinsk avdeling i Helse Møre og Romsdal HF, der det systematisk har vært jobbet med å implementere kvalitetsarbeid i hverdagen til de ansatte. Jeg har valgt ut ett av satsningsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender 24-7», legemiddelsamstemming.

Hvert år skades tusenvis av mennesker av feilmedisinering, så det er mye god samfunnsnytte i å sikre rett medisin til rett pasient, på rett tidspunkt. Mange av de avviksmeldingene som blir behandlet i helseforetakets ulike kvalitetsråd går på feil legemiddelbruk. Man ser gjentatte feil, og det er vanskelig å få bukt med disse avvikene. I enkelte tilfeller opplever man at pasientene blir skadet av disse feilene, og i verste fall kan død være en konsekvens av de feilene som blir gjort.

Helseforetaket har innført gode prosedyrer for å sikre at legemidler blir forordnet og administrert på en riktig måte. Helsepersonell har fått grundig og systematisk opplæring i å følge denne prosedyren som har fått annerkjennelse i helse-Norge. Denne prosedyren ble innført i 2011, men det har vært vanskelig å få de ansatte til å etterleve denne. Man har fulgt gammel praksis, da denne har vært «god nok» før den nye prosedyren ble implementert. Helseforetaket er en ekspertorganisasjon med sterke profesjoner med stor autonomi. Det er vanskelig å lede eksperter som har stor beslutningsmakt i forhold til egen faglige tyngde. Etter prosedyren ble innført har det heller ikke vært noen særlig nedgang i antall meldte avvik når det gjelder legemiddelhåndtering.



I min oppgave ønsker jeg å se nærmere på dette. Hvilke tiltak må gjøres for å få personalet til å følge prosedyren? Helsepersonell er fullt ut klar over viktigheten av riktig legemiddelbruk, og vil det beste for sine pasienter, og dette er en prosedyre som er ment å redusere unødvendig skade på pasienten. Hvordan skal man gå fra «knowing» til «doing»? Hvordan skal man sikre at prosedyren blir fulgt, og også at den blir fulgt i fremtiden. Hvordan skal endringen bli varig? Jeg vil knytte disse spørsmålene opp mot relevant teori om endringsledelse, og da bruke en endringsstrategi som er anerkjent i helsevesenet, både nasjonalt og internasjonalt, som blir kalt «The model for improvement».

Jeg har fulgt utviklingen over ett år på den medisinske avdelingen i helseforetaket, jeg jobber selv som seksjonsleder i en av sengepostene i avdelingen, og sitter i prosjektgruppen som driver dette kvalitetsarbeidet fremover. For å kunne etterleve verdiene til Helse Møre og Romsdal HF; trygghet, respekt og kvalitet, må vi tørre å måle kvaliteten på den tjenesten vi gir, først da vet vi om det vi om det vi leverer er godt nok og trygt nok. På denne måten vil fokus på kvalitetsindikatorer være med å underbygge de tre kjerneverdiene, og pasienten kan være trygg på at han får den hjelpen han skal ha, når han trenger den.

## ***1.1 Operasjonalisering av problemstillingen***

Etter å ha deltatt på noen kvalitetskonferanser for helsevesenet, primært arrangert av Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten (NFKH) har jeg fått nyttige innspill om hvordan måle kvalitetsarbeid, og hvordan skape varig endring. «The model for improvement» har gått igjen som verktøy for å nå disse målene hos mange av foredragsholderne, som har ledet vellykkede kvalitetsprosjekter i sine respektive sykehus og helseinstitusjoner, både i og utenfor Norge.

Jeg har valgt ut en kvalitetsindikator i medisinsk avdeling, og vil se nærmere på legemiddelsamstemming. I medisinsk avdeling er dette blitt gjort ved å henge opp såkalte kvalitetstavler, der det er synlig for alle hvor mange prosent av innlagte pasienter som er blitt samstemt sist uke. Tavlen blir oppdatert hver mandag, og viser forskjellen mellom sengeposter og fagseksjoner. Dette er data som blir lagret i en Excel ark i datasystemet

til helseforetaket. Dette er kvantitative data som er helt anonymiserte, de kan ikke spores tilbake til den enkelte pasient.

Det er nedsatt en prosjektgruppe som driver kvalitetsarbeidet fremover, dette gjøres med hjelp av «the model for improvement», for hele tiden å forbedre praksis. Målene har blitt endret underveis, og kursen har blitt korrigert ved hjelp av PDSA-syklusen (se side 23, the model for improvement) som er ett av verktøyene i modellen.

Det er også blitt delt ut kvantitative spørreskjema til ansatte i medisinsk avdeling. Spørsmålene har fokus på legemiddelsamstemmingsprosedyren, der svarene er standardiserte, med rom for personlige kommentarer på siste del av skjemaet. Disse kommentarene vil bli brukt i oppgavens drøftingsdel.

## ***1.2 Presentasjon av problemstillingen***

Ut i fra de erfaringer som jeg har høstet i denne prosessen i medisinsk avdeling, og ut fra teorien jeg har valgt å fordype meg i, har jeg valgt følgende problemstilling, med underliggende spørsmål:

*Hvordan komme fra «knowing» til «doing»?*

*Hvordan kan man få helsepersonellet i medisinsk avdeling til å følge gjeldende prosedyrer (når man vet at de er til pasientenes beste), selv om det bryter med tidligere rutiner? Og hvordan kan man skape varig endring, der kvalitetsarbeid er forankret som en viktig del av hverdagen til de ansatte?*

### **1.2.1 Problemstillingens begrensninger**

Denne problemstillingen sier noe om det arbeidet som er gjort i en geografisk avgrenset avdeling innad i ett av de 4 sykehusene som inngår i Helse Møre og Romsdal HF. Det er også valgt ut kun ett innsatsområde, legemiddelsamstemming, selv om problemstillingen mest sannsynlig kan overføres til også å gjelde andre relevante kvalitetsindikatorer og annet endringsarbeid i avdelingen, eller i hele helseforetaket. Jeg har også valgt ut en av tre sengeposter i avdelingen, og benytter meg i hovedsak av datainnsamlinger gjort i denne sengeposten. Dette er gjort for lettere å følge opp de funnene som er gjort, denne sengeposten har om lag 60 ansatte (der størsteparten er sykepleiere), og har i tillegg cirka 20 leger knyttet til seg. Jeg har valgt å se på hvordan man kan drive endringsledelse, og da knyttet opp mot prosedyren om legemiddelsamstemming, primært ved bruk av «the model for improvement». Jeg vil forsøke å belyse hvordan man kan få det autonome helsepersonellet til å følge en prosedyre som er allment kjent å være til pasientens beste, selv om den bryter med tidligere praksis.

## ***1.3 Definisjon av sentrale begrep***

### **1.3.1 Legemiddelsamstemming:**

Målet med samstemming av legemiddellister er å etablere en fullstendig liste over de legemidlene pasienten faktisk bruker. En samstemt legemiddelliste skal inkludere informasjon fra flest mulig av de aktuelle og tilgjengelige kildene, for eksempel fra pasient/pårørende, fastlege, annen behandlende lege, sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer legemiddelsamstemming slik (oversatt til norsk av pasientsikkerhetsprogrammet): *”Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk.”*

([http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Presse/Materiell/\\_attachment/2400?\\_ts=13f85d5aee8](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Presse/Materiell/_attachment/2400?_ts=13f85d5aee8))

Systematisk samstemming av legemiddellister bedrer pasientsikkerhet ved å forebygge feil og ved å bidra til at pasienten får den tilsiktede behandling. Det kan også gi trygghet for alle som er involvert i behandling av pasienten og for pasienten selv ([www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no))

### **1.3.2 Norsk Forum for Kvalitet i Helsevesenet (NFKH):**

Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten er en tverrfaglig forening som skal arbeide for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. NFKH skal være en drivkraft for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Målsettingen er også å danne nettverk i helsevesenet, dette gjennom å arrangere kurs og konferanser, likeens gjennom å spre informasjon og å hjelpe til å danne regionale samarbeidsgrupper. Alle faggrupper i helsetjenesten er representert i organisasjonen ([www.nfkh.no](http://www.nfkh.no)).

### **1.3.3 Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7"**

I trygge hender 24-7, er et femårig nasjonalt program som har som mål å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Pasientsikkerhetsprogrammet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, der sekretariatet står for daglig drift, og er plassert i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Programmet har målrettede tiltak i sykehus og kommuner, og er en fortsettelse av pasientsikkerhetskampanjen med samme navn.

I trygge hender 24-7 har følgende tre hovedmål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varig struktur for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Målene i programmet skal nås gjennom tiltak på utvalgte innsatsområder, der samstemming av legemidler er ett av innsatsområdene. Disse områdene er valgt ut av den grunn at de har et stort forbedringspotensial, har tiltak med dokumentert effekt og der det er gode metoder for å evaluere effekten av tiltakene. Pasientsikkerhet er et lederansvar, så det er også utviklet tiltak for ledergruppene i helsevesenet, som går på tvers av alle innsatsområdene ([www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)).

#### **1.3.4 Kvalitet:**

*"Det finnes mange måter å definere kvalitet på. Norske helsemyndigheter legger til grunn definisjon av kvalitet fra ISO 9001:2000, som er en standard for kvalitetsstyring:*

*"Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav".*

*Krav eller spesifikasjoner til tjenestene kan være gitt i lover, forskrifter, retningslinjer eller faglige standarder. Kvalitet kan være vanskelig å måle, men ofte benyttes indikatorer som et indirekte mål for kvalitet."*

(Frich, 2011, Det medisinske fakultet)

(<http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitet-og-pasientsikkerhet.html>)

#### **1.3.5 Kvalitetsindikatorer**

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer kan fungere som støtte til kvalitetsforbedring, men kan også brukes til andre formål som helsepolitisk styring, virksomhetsstyring eller benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no))

#### **1.3.6 Medisinsk avdeling**

Medisinsk avdeling er i Ålesund sykehus delt inn i sengeposter, dagavdelinger og poliklinikker. Sengeposten er åpen og bemannet døgnet rundt, hele året, og tar imot pasienter til alle tider. Dagavdelingene driver pasientbehandling på dagtid, og poliklinikkene tar inn pasienter til enkelttimer, der pasienten ikke er inneliggende i sykehus. En sengepost er delt inn i seksjoner, der hvert fagområde blir definert som en

seksjon. Eksempel på slike seksjoner kan være nyreseksjon, hjerteseksjon og seksjon for blodsykdommer.

### **1.3.7 Målstyring:**

Med målstyring mener man at organisasjonsstrukturen blir sett på som et middel til å oppnå definerte mål, til dels bestemt av situasjonen på markedet og selve produktet. Peter Drucker er opphavsmannen til uttrykket målstyring. Hovedideen er at organisasjonen har best overlevelsessevne ved å fastsette og skape oppslutning om mål, dette gjøres gjennom skape systemer som retter seg direkte inn mot å oppfylle disse målene. Målstyring har i følge Drucker følgende hovedkomponenter:

- Organisasjonsmessig, sentral fastsetting av overordnede mål
- Desentralisert utforming av arbeidsmål
- System for måling av resultater
- System for belønning og avvikskorrigerings.

Det er en enkel tankegang, der hovedteknikken er å utvikle et målhierarki, der underliggende organisasjonsledd er midler til å kunne realisere mål på nivået over (Strand, 2007)

### **1.3.8 Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester:**

Budskapet i denne meldingen er tydelig, kvalitet skal prioriteres ved å sette pasienten i sentrum. Det blir lagt vekt på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Samtidig er det en økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. I denne stortingsmeldingen presenteres regjeringens helhetlige politikk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens mål er et mer brukerorientert helse- og

omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, og bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Måling av kvalitet og åpenhet om resultatene skal stå sentralt i utviklingen av helsetjenestene. Systemene for å avdekke og lære av uønskede hendelser og feil må bli bedre.

Sentrale tiltak er:

- Etablere et femårigt nasjonalt program for pasientsikkerhet, med en klar målsetting om færre pasientskader, bedre kultur i pasientsikkerhetsarbeidet, sterkere involvering av kommunen, og en mye mer tydelig involvering av pasienten/brukeren og hans pårørende
- Etablering av en permanent undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn, som skal agere ved meldinger om alvorlige hendelser
- Det skal gjennomføres en grundig utredning om oppfølging fra samfunnet av alvorlige hendelser, samt av lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Det er meningen at pasientens pårørende skal involveres i dette arbeidet.
- Det vil bli sendt ut på høring et forslag om endring av loven for å styrke den rettsstillingen pasienter og pårørende har i tilsynssaker.
- Gjennomføring av et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten, der forslaget går ut på at en del av de bevilgningene sykehusene får er avhengig av om de har nådd målene sine om bedre kvalitet og økt sikkerhet.
- Kvalitetsindikatorer vil stå i fokus. De skal utvikles og publiseres. Det vil bli etablert et nasjonalt register for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

(St.meld.nr 10, 2012-2013)

### **1.3.9 The knowing-doing gap:**

Kunnskap er til liten nytte dersom vi ikke gjør noe med det. I følge Stanfordprofessorene Jeffrey Pfeffer og Robert Sutton (2000), er det viktigere å kjenne til gapet mellom det å inneha kunnskap og det å bruke denne, enn gapet mellom uvitenhet og kunnskap. I dagens samfunn er kunnskap lett tilgjengelig. Man har kunnskaper om ledelsesmetoder, hvordan anvende disse og om viktigheten av overføring av denne kunnskapen. Man kan ikke holde slik kunnskap skjult. Kunnskapen blir i de fleste tilfeller overført gjennom ulike seminarer og opplæringsprogrammer, men er ikke implementert i organisasjonen de skal anvendes. Det blir mye snakk, men lite handling. De organisasjonene som klarer å bygge en bro over « knowing-doing » gapet vil fremstå som vinnere. De lederne som vet svaret på

spørsmålene, og som klarer å anvende det de har lært, kan klare å dekke dette gapet mellom det å vite og det å gjøre.

### ***1.4 Samfunnsmessig relevant og faglig/ teoretisk begrunnet***

Problemstillingen og teamet er samfunnsaktuelt da en kan knyttes opp mot det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7», og mot stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester» (St.meld.nr 10, 2012-2013). Dette har stor relevans for pasientsikkerhet. Hvert år dør det betydelig flere i Norge av feilmedisinering, enn av for eksempel trafikkulykker.

Helse Møre og Romsdal HF er også opptatt av pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, det er hovedsatsningsområde i medisinsk klinikk i nærmeste fremtid. Helse Midt Norge HF søker også etter prosjekter på pasientsikkerhet de kan gi økonomisk støtte til, dette sier noe om viktigheten omkring temaet.

Videre vil jeg knytte oppgaven opp mot gjeldende litteratur og forskning på feltet. Jeg vil bruke Dag Jacobsen (2009) sin bok om endringsledelse, der jeg vil se på to lederstrategier, strategi E og O, for å skape endring i organisasjonen. Jeg vil også bruke «The Model for improvement».



## ***1.5 Valg av metode***

I denne masteroppgaven har jeg brukt kvantitativ metode for å samle inn data. Jeg har samlet inn statistikk over antall legemiddelsamstemte pasienter målt i prosent i en periode på 11 måneder. Dette gir en betydelig mengde data, som blir bearbeidet i Excel regneark i helseforetakets datalagringsområde. Jeg har tatt ut disse dataene, og laget ulike diagrammer som blir presentert senere i oppgaven. Disse dataene er helt anonymiserte, man kan ikke spore de tilbake til enkeltpasienter og deres identitet. Dette er meldt inn til personvernforbundet, som ikke har noen innsigelser mot bruk av disse dataene.

Videre er det blitt foretatt en kvantitativ spørreundersøkelse blant de ansatte i medisinsk avdeling. Det er til sammen 62 respondenter på dette skjemaet, som også er anonymisert. Det er valgt standardiserte svarmuligheter på de fleste av spørsmålene, men det er også en rom for å gi uttrykk for egne meninger på enkelte av spørsmålene. Disse svarene vil bli brukt for å underbygge diskusjonene i slutten av oppgaven.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke kvantitativ metode for å lage analyser av innsamlede data. På denne måten kan jeg lettere beskrive utbredelsen av legemiddelsamstemmingen, og for å kunne sammenligne mellom de ulike seksjonene innad i avdelingen. Målet i dette prosjektet er enkelt, man skal oppnå fullstendig legemiddelsamstemming hos samtlige innlagte pasienter i avdelingen. Målet er lett målbart, det er få utenforliggende forhold som er til hinder for måloppnåelsen. Derfor er kvantitativ metode en god metode for å beskrive prosessen (Repstad, 2009).

Man må være forsiktig med å bruke kvantitative metoder i for stor grad, da det kan være en viss fare for at målingene vil vri prosjektet i retning av det som skal måles. Dette kan skade organisasjonens evne til å nå fastsatte mål på det overordnede planet. Faren er at aktørene legger mer arbeid i å nå de målene som gir synlig gevinst i form av høye score på målingene, fremfor å jobbe systematisk for å nå organisasjonens samlede mål (Ibid).

Kvalitet kan uttrykkes i kvantitet, det er gjennom eksakte målinger at vitenskapen kan bli praktisk nyttig. Kvantitative studier er ofte rettet mot det å finne årsaker til at fenomener opptrer, slik en da kan påvirke de årsaksfaktorene som må kontrolleres for å oppnå endring (Ibid). «The model for improvement» baserer seg på dette, at en må måle, og sette i verk

tiltak der man gjennom målingene ser at dagens rutiner ikke er gode nok. I og med at «the model for improvement» er anerkjent i helsevesenet, har jeg valgt å bruke kvantitativ metode for å underbygge og svare ut problemstillingen i denne masteroppgaven. Kvantitativ metode vil her skape bevisstgjøring på at dagens praksis ikke er god nok, og at endring må til.

Siden jeg samler inn pasientdata fra alle innlagte pasienter i medisinsk avdeling over flere måneder, velger jeg statistisk metode. For å kunne få tak i hvordan bestemte egenskaper, her legemiddelsamstemmingsgraden, er i en stor gruppe mennesker, kan man ikke gå ut for å observere. Ved å velge kvalitativ metode, der intervju av disse er arbeidsredskapet, får man kun et lite og detaljert bilde, ikke en generell oversikt som sier noe om grunntrekkene i miljøet. Kvalitativ tilnærming er ikke så opptatt av hvor ofte «det fins», heller av en nyansert beskrivelse av «det som fins». «The model for improvement» er avhengig av et generalisert bilde, for å kunne drive forbedringsarbeid. Likevel vil denne modellen ha nytte av kvalitative tilnærminger når man skal videreutvikle forbedringsarbeidet gjennom kontinuerlige PDSA-sykluser.

På bakgrunn av dette har jeg bedt om generelle uttalelser i den spørreundersøkelsen som er delt ut til de ansatte i medisinsk avdeling. Jeg har valgt å ikke foreta intervju av enkeltpersoner, men heller la de komme med uttalelser rundt prosedyren legemiddelsamstemming, der ordet er fritt for å avdekke hinder for måloppnåelsen. Jeg kunne også ha valgt å gå mer i dybden hos de ulike profesjonene innad i avdelingen, da spesielt mellom leger og sykepleiere, siden de er de som nesten uten unntak utfører legemiddelsamstemmingen. Gjennom kvalitative observasjoner og intervjuer kunne jeg ha avdekket hva som er til hinder og hva som fremmer måloppnåelsen i disse gruppene på en mer detaljert måte. Kanskje hadde løsningen ligget hos enkeltindivider som har spesiell interesse for prosjektet.

Repstad (2009) mener at det å kombinere ulike metoder vil gi et bedre datagrunnlag, og dermed en sikrere basis for tolkningen av disse. Likevel må man være klar over at det å blande metodene kan gi «aktørtretthet» på grunn av overutforskning, prosjektet kan bli tidkrevende og datamengden uhåndterlig. Man kan heller ikke forvente at en slik triangulering vil gjøre at resultatene harmoniserer, slik at man får et fullverdig bilde av «den samme virkeligheten».

På bakgrunn av alt dette har jeg derfor valgt den kvantitative metoden, der jeg har foretatt litt feltarbeid som forberedelse til prosjektet. Dette gjennom å delta på kvalitetskonferanser, og studert dagens praksis. I et hektisk sykehusmiljø er det heller ikke alltid rom for tidkrevende intervjuer, ting går fort, og pasientmengden er stor. Målet har vært å finne en metode der legemiddelsamstemmingen går fort, og der resultatene fort blir synlige for de ansatte i avdelingen. Kvantitative målinger når lettere ut til alle, enn kvalitative resultatet. Dessuten tror man på det i helsevesenet at høye score på kvantitative målinger gir god kvalitet på den tjenesten man gir. Ved liten variasjon kan pasienten være trygg på at han får den helsehjelpen som er forventet ved innleggelse, slik at han ikke er avhengig av tilfeldigheter og enkeltpersoners handlinger.

## **2.0 Teorikapittel:**

### ***2.1 Ekspertorganisasjon***

Et helseforetak kan klassifiseres som en ekspertorganisasjon. Konkurransetilje og produktivitet er kjennetegn ved en slik organisasjon. Typiske trekk i ekspertorganisasjonen er lavt hierarki, gode arenaer for fagspesialisering og fagautonomi. Vi ser at spesielt utøverne har stor autonomi i sin yrkesutøvelse, der deres utdanning gjør dem i stand til å ta selvstendige beslutninger. De ansatte (leger, professorer, sykepleiere osv.) søker å påvirke prestasjoner og måloppnåelse i foretaket, og er bærere av standard for hva som er gode løsninger og god atferd (Strand, 2007)

I en ekspertorganisasjon kaller man hovedrolleinnhaveren for produsenten. Denne produsenten har ofte et betydelig rom for innflytelse innenfor de grensene som blir satt av tilgjengelige ressurser og faglige normer. Regler og eksternt gitte systemer har derfor mindre betydning for ansatte. Premissene settes av fagnormer, situasjon og pasienten. Helseforetaket er en offentlig virksomhet som er innkapslet i en byråkratisk preget organisasjonsstruktur. Vi ser at ledere har en formell høyere rang, men kan savne faglig legitimitet fra sine ansatte (Ibid).

De ansatte kan sammenlignes med selvstendige yrkesutøvere som bruker organisasjonen som et serviceapparat og som en ramme de i ulik grad anerkjenner. Statusen og kyndigheten har ansatte ikke først og fremst oppnådd gjennom den organisasjonen de jobber i. Spesielt legeyrket kan fremstilles som profesjonalisert, og har en særlig prestisje i organisasjonen. Sykepleierne har en noe kortere utdanning, og har ikke helt monopoliserte arbeidsområder, de kan kalles halvprofesjoner. Det som kjennetegner profesjonene er en langvarig og spesifikk utdanning på et høyere utdanningsnivå, der de har tilegnet seg praktiske yrkesferdigheter. De har oppgaver og klienter som bare profesjonelle yrkesutøvere kan ivareta, der de er lojale mot arbeidet og er forpliktet på etiske normer. De fleste profesjonene har offentlig godkjenning, en beskyttet yrkestittel og forpliktelser overfor det offentlige. Slike profesjonelle yrkesutøvere er selvgående i sitt daglige arbeid, og trenger generelt lite instruksjoner fra andre, dette gjelder også fra ledelsens side (Ibid).

Kunnskap om hva som er den riktige måten å løse oppgaven på, befinner seg hos den som utfører de faglige tjenestene. Veiledning og resultatvurdering foretrekkes heller fra kollegaer enn fra en hierarkisk ledelse. Man kan derfor se at mange ledelsesoppgaver kan bli nøytraliserte i en slik ekspertorganisasjon. Det kvalifiserte yrket gir prinsippet for ledelse og organisering. De administrative styringssystemer i sykehusene blir i økende grad til et hierarki på utsiden av produksjonsenhetene. Fagfolkene merker budsjetttrammene og målstyringen, sammen med andre administrative prosjekter som kvalitetsledelse, forbedringsarbeid og internrevisjoner (Ibid).

Den kollegiale styringen og hierarkisk styring gir to ulike lederroller, som ikke nødvendigvis er et problemfritt samliv. Det er to typer ledelse, den ene er knyttet til yrkesutøvelsen, som for eksempel overlege, der legen tar egne beslutninger basert på faglige vurderinger. Den andre typen ledelse i helseforetaket er den som blir utøvd i den omkringliggende organisasjonen., som ofte er byråkratisk med et tydelig hierarki. Denne administrative ledelsen ivaretar organisasjonens og samfunnets behov for styring, disponering av ressurser og grensesetting (Ibid).

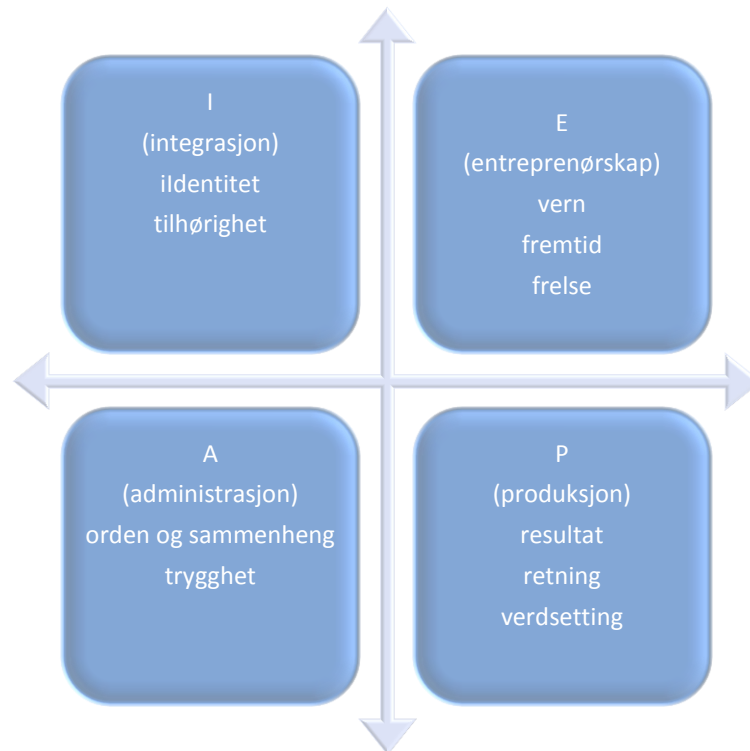
Det er dermed to grunnleggende betingelser for ledelse i helseforetaket:

- Mange vanlige ledelsesoppgaver er overflødige
- Administrativ ledelse er vanskelig, og ofte lite ønsket fra de autonome profesjonene.

Dette gir utfordringer for ledelsen. Fagfolkene orienterer seg ofte motstrebende om administrative detaljer, mens lederen må holde rede på retningslinjene og en del andre detaljer for å fylle rollen sin. Lederen får ofte dermed et informasjonsmessig overtak, og får en særskilt rolle gjennom å klare å fremskaffe ressurser. Slik blir fagfolkene avhengige av hans prestasjoner og informasjon. Ledelsen i ekspertorganisasjoner har en viktig rolle med å administrere den friheten profesjonene trenger for å fungere best mulig. Lederen kan påvirke tempo, justeringer og arbeidsdagens flyt, og bidra til å kartlegge organisasjonens funksjonsmåte (Ibid).

God ledelse i en ekspertorganisasjon er å la ansatte få gjøre det de er gode til. Den viktigste drivkraften til de ansatte er utfordringen i selve arbeidet. Ledelsen skal tilrettelegge de sosiale og organisatoriske forutsetningene for at fagfolkenes ressurser og kunnskaper blir brukt på en best mulig måte, som både fagfelleskapet og oppdragsgiverne er tjent med (Ibid).

Lederne har krav på seg til å bidra til flere funksjoner samtidig, og PAIE kan beskrive lederens ulike funksjonsområder:



*Figur 1: Ledelsesfunksjoner (Strand, 2007)*

*Produksjon:* lederen skal vise organisasjonens retning, beskrive mål og jobbe mot mulige resultater.

*Administrasjon:* lederen må sørge for et minimum av fellesoppfatninger, slik at det sikres sammenheng og stabilitet. Dette for å hindre oppløsning av organisasjonen. Lederen må ha fokus på orden, system, trygghet og sammenhenger.

*Integrasjon:* her er fokuset samhold, identitet og tilhørighet, dette for å motivere til oppslutning om oppgavene og at arbeidet blir meningsfullt for aktørene. Lederen må gi aktørene oppmerksomhet, tilbakemelding og bekreftelse.

*Entreprenørskap*: lederen skal gi signaler om trygghet for fremtiden, oppdage og ivareta nye muligheter og utvikling og avverge trusler. Å jobbe fram en visjon for organisasjonen er anbefalt.

De fire funksjonene kan både forsterke og svekke hverandre. Her kan være grobunn for usikkerhet, konflikter og tvetydighet innenfor ulike organisasjoner (Ibid).

### **2.1.2 Utfordringer for ledelse av helsesektoren.**

Helsesektoren forvalter store økonomiske ressurser, og er en viktig bærer av velferdsstaten. Sektoren må hele tiden kjempe en kontinuerlig kamp om de midlene som departementene deler ut. Vi kan si at sykehuset er en ekspertorganisasjon, der det er stor spesialisering og autonomi hos de sterke profesjonene som jobber der. Det er derfor et behov at noen samordner dette, og legger til rette for samarbeid på tvers i organisasjonen. Dette kan ikke gjøres uten å støte på problemer, da strukturen i organisasjonen kan føre til at et nivå kan bli fragmentert dersom det skjer endring og samordning på et annet nivå innad eller mellom organisasjonene (Ekeland, 2009).

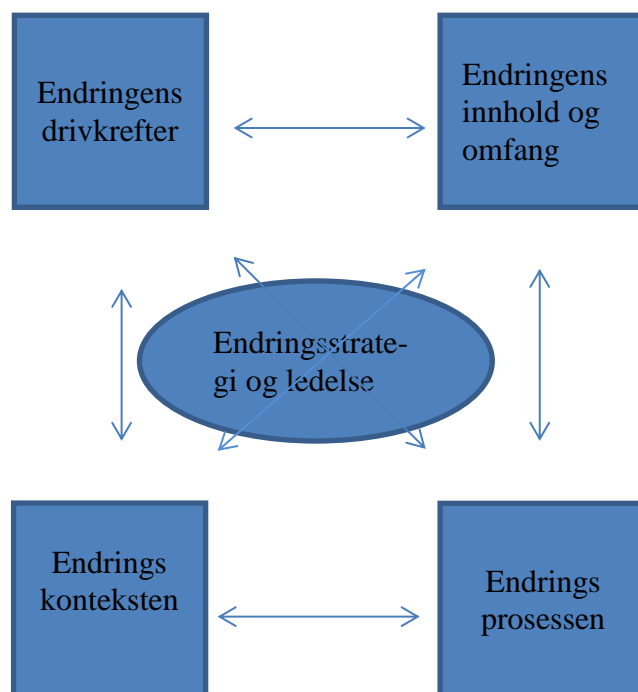
Strand (2007) hevder at det å være leder i helsesektoren dreier seg i stor grad om endringsledelse. Sektoren er i stadige omstillinger, der kravet til effektivitet øker. Endringsledelse er en naturlig del av lederrollen i endringsprosesser. Det kreves at ledelsen får med seg de ansatte i prosessen for å klare å omstille seg og nå målene sine. Dette vil kreve at lederen har nok kunnskaper om ulike teknikker for innflytelse, og lederen må ha interesse for å gjennomføre de planlagte endringene.

Det er mange konflikter i det daglige arbeidet, arbeidstakerne i ekspertorganisasjoner har en høy grad av autonomi, og lar seg ikke så lett lede. Det å kunne håndtere usikkerhet er en sentral del av lederrollen. Som leder vil det stå som sentralt å opprettholde kontrollen, samtidig som han kan håndtere misnøye, motvilje og konflikter blant egne ansatte og samarbeidende parter. Utfordringene lederen står overfor, handler i stor grad om å mestre tvetydig informasjon, tolkningene av denne, samt det å kunne håndtere konflikter og usikkerhet (Ibid).

## 2.2 Organisasjonsendring

For å få etablert endring i en organisasjon er det mange elementer man må ta hensyn til. Henry Mintzberg hevder at når en organisasjon får økende vekst, så vil det tvinge seg frem endringer i organisasjonen. Videre sier Mintzberg at endringsprosessene arter seg på ulikt vis i ulike organisasjoner, der forskjellige arbeidsfelt og spesialiseringer kan være avgjørende for hvordan prosessen vil arte seg. Spesielt endringer i en offentlig virksomhet vil by på flere utfordringer enn i en liten bedrift i privat sektor (Jacobsen 2009).

### 2.2.1 Planlagt endring



*Figur 2: De sentrale elementer i en teori om planlagt endring der endringsstrategi og endringsledelse er inkludert (Jacobsen, 2009)*

Dette er en modell som synliggjør de sentrale elementer man må kjenne til dersom en endringsprosess skal kunne gjennomføres. Dersom endringen skal bli mulig bør en kunne ha to ulike tilstander i organisasjonen for å gi en stødighet til prosessen. Dessuten må man inneha en forutsetning slik man kan beskrive de ulike endringene. En ny struktur kan oppstå av store forandringer, likeså som små justeringer kan gi små endringer av dagens



situasjon. De store endringene vil som regel skje over et nokså langt, planlagt tidsperspektiv. For å få til en endring av organisasjonen må det til en endring av mange menneskers tenkemåte og atferd. Først når organisasjonen har gjennomgått en endring, oppfatter man ting i ett nytt perspektiv (Jacobsen 2009).

### **2.2.2 Endringens drivkrefter**

For å kunne forstå hvordan en organisasjon fungerer, må man kjenne til de ulike drivkreftene. Drivkrefter for endringsvilje kan komme både innad og fra utsiden av organisasjonen. Eksempler på ytre drivkrefter kan være ny teknologi, forandring av markedet, eller politiske bestemmelser. Indre drivkrefter kan være uro i organisasjonen som påvirker aktørene innad (Jacobsen 2009).

Begrepe drivkrefter og motkrefter er sentrale i Kurt Lewins teori om ”sosiale kraftfelt”. I alle system er der ”krefter”; der noen streber etter endring, mens andre vil ha stabilitet og forutsigbarhet. Ledelsen i organisasjonen må derfor klare det kunststykket å få de ansatte til å ta etter og støtte opp om endringsforslagene. Dersom en organisasjon forsøker seg på en planlagt endring, vil dette aktivisere motkrefter. De som står for disse motkreftene er ofte ansatte som ikke ser at det foreligger et behov for endring, eller misliker det som ligger i endringen. De vil da forsøke å iverksette ulike tiltak for å hindre at endringen i organisasjonen vil bli implementert. Likeså vil de som ser behovet for, og ønsker endringen velkommen, skape indre drivkrefter for å kunne gjennomføre denne (Ibid).

De ytre drivkreftene som vil kunne påvirke den aktuelle organisasjonen, vil også kunne påvirke de indre kontekstene i organisasjonen. Drivkreftene for endring og endringens innhold og omfang vil i mange tilfelle være sterkt knyttet sammen. De strukturelle rammene i organisasjonen kan påvirke kulturen (holdninger, verdier og normer). Dersom endringen er godt planlagt, har den gode muligheter for å bli gjennomført på en tilfredsstillende måte som fører til varig endring av praksis (Mintzberg, 1979).

### **2.2.3 Konteksten**

Konteksten er det som kan skape rom for endring, og peker på nødvendigheten av denne endringen. Organisasjonens struktur og strategi er viktig for hvilket utfall endringen får. Behovet for endring kan ha mange grunner, det kan være fra å utvikle produktet eller tjenesten som blir produsert, eller det kan for eksempel skyldes endret etterspørsel i markedet, skal at endringen tvinges frem (Jacobsen 2009).

Endringens kontekst er i den sammenhengen endringen finner sted. Endring vil alltid skje innenfor forskjellige sammenhenger i ulike rammevilkår samfunnsmessig eller organisatorisk. Det skilles mellom en indre og en ytre kontekst (Ibid).

Indre\_kontekst finnes innenfor organisasjonen. Det er dens egne rammer, kultur, struktur og ressurser. Eksempler på dette er tilgjengelig teknologi, de formelle og uformelle reglene, indre maktforhold (også disse formelle og uformelle) og typer av arbeidsoppgaver. De sosiale konstruksjonene er den oppfatning medlemmene av organisasjonen har av sine omgivelser. Andre viktige hendelser som skjer i tidsrommet for endringen, vil også være en del av dens indre kontekst (Ibid).

Ytre kontekst vil si det som gir særpreg til organisasjonens omgivelser. Disse kan deles inn i institusjonelle og tekniske omgivelser. De institusjonelle omgivelsene sier noe om hva samfunnet forventet av organisasjonen, og også noe om hva det pålegger de. Disse omgivelsene vil også kunne fortelle organisasjonen sine forventinger til hvordan den bør «fungere» eller «se ut». De tekniske omgivelsene omhandler den tilgangen organisasjonen har på ressurser, teknologisk utvikling og mulighetene for å levere sine produkter eller tjenester i markedet. Organisasjonens ytre kontekst er styrt av samfunnets ulike økonomiske, politiske og bransjemessige omgivelser som kan tenkes å påvirke den aktuelle organisasjonen.

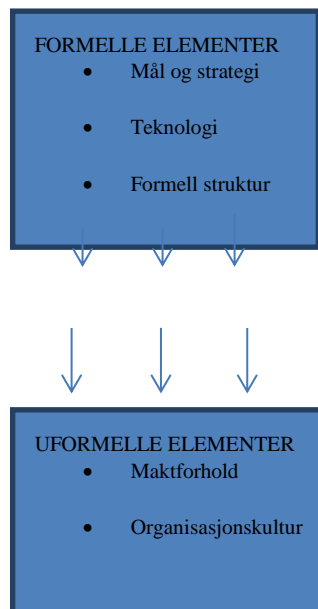
## 2.2.4 Endringsprosessen og endringsledelse

Endring kan skje på mange ulike måter, noe endringsprosessen vil kunne fortelle oss. Utfallet av en endring kan bli ulikt, og relasjonene i prosessen kan være både gode og dårlige. Selve prosessen er noe som oppstår og utvikler seg gradvis litt over et tidsperspektiv, mens selve endringen er at tilstandene har forandret seg mellom disse to tidsperspektivene. (Jacobsen 2009).

Ved endring vil det oppstå forandringer i det som er stabilt i organisasjonene, styrkeforholdet mellom ansatte og interne grupper kan bli endret, og vil fremstå som annerledes etter endringsprosessen er gjennomført. I slike endringsprosesser vil derfor ledelsen i organisasjonen ha en viktig jobb, og bør benytte seg av lederstrategier for å lykkes med endringen. Vi kan skille mellom to ulike lederstrategier, strategi E og O (Ibid).

Formålet med Strategi E er å skape økonomisk verdier. Her kan man se at endringen er drevet fram av organisasjonens toppledelsen. Denne toppledelsen har en formell makt til å foreta endringer, og har mulighet til å se endringen i et helhetsperspektiv, noe som kan være vanskelig for ansatte lenger ned i organisasjonen. Formelle elementer blir lagt vekt på i Strategi E, da slike formelle elementer lett kan kontrolleres av ledelsen. (Ibid).

Dette vises i modellen under, som viser hvordan de formelle elementene påvirker de uformelle elementene i organisasjonen:



*Figur 3: Strategi E – hovedfokus på organisasjonens formelle elementer (Jacobsen, 2009)*

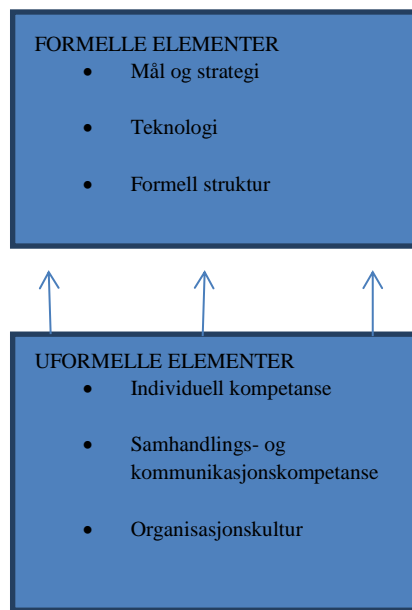
Disse elementene som kalles uformelle, er ikke uviktige, men i Strategi E går man ut fra at formelle endringen vil påvirke de uformelle, og dermed skape endring i disse over en gitt tid. Man er også opptatt av å bruke finansielle incentiver sentralt, slik kan en søke støtte for å endre organisasjonene. Dette gjøres ofte gjennom lovnader om belønning dersom de ansatte gjør det ledelsen ønsker (Ibid)

En kan si at Strategi E kan fremstilles som en «hard» lederstil. Hovedfokus er hos toppledelsen, de sitter med makten. I Strategi E er det nemlig makten over ressursene som er det viktigste elementet. Det er nødvendig med nok makt og støtte for å kunne lykkes med denne strategien. En må ha makt til å gjennomføre endringer, i Strategi E er ledelsen symbolet på makt, og at de sitter på mesteparten av kunnskapen i organisasjonen til å kunne gjennomføre endringen. En forutsetning for å lykkes er at kulturen i organisasjonen aksepterer den utøvelsen av makt som toppledelsen utfører (Ibid).

Man er mindre opptatt av å minske endringsmotstanden i Strategi E, man forsøker heller å opparbeide seg et grunnlag for å møte motstand der den oppstår. Denne motstanden må overvinnnes for at endringen vil kunne skje (Ibid).

Hovedmålet ved Strategi E er å skape endring som gir økt avkastning eller profitt. Dersom man ikke klarer å nå dette målet, må prosessen avsluttes, og man må finne nye endringsforslag. Man måler endring gjennom objektivt målbare resultater. Dette kan være antall produserte enheter, kartlegging av fristbrudd i sykehus og andre lett målbare data. Det egentlige målet er den langsiktige verdien som organisasjonen skaper (Ibid).

Den andre lederstrategien jeg vil belyse er lederstrategi O. Ved bruk av denne strategien blir organisasjonen sett på som kulturer der man streber etter å skape et felles verdisyn, felles normer og handlingssett.



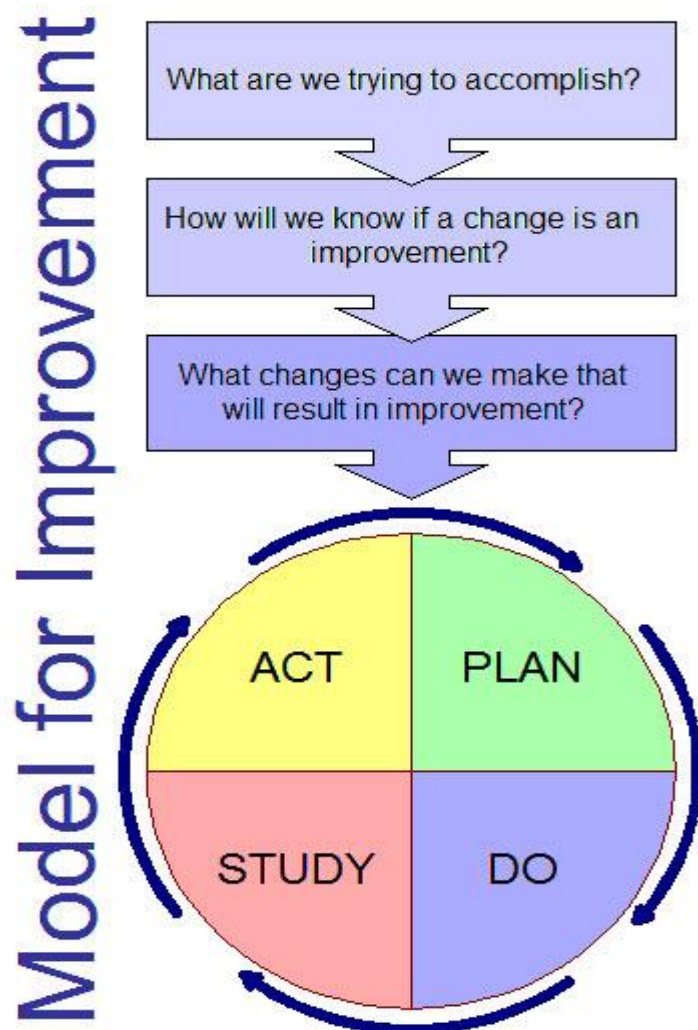
*Figur 4: Strategi O: hovedfokus på organisasjonens uformelle elementer (Jakobsen, 2009)*

Det er mye vanskeligere å endre kulturen i en organisasjon enn det er å endre strategi og strukturer. Det er ikke lett å få fatt i kulturen, og sosialiseringsprosessene er langvarige, mennesker bruker lang tid på å betrakte verden på en ny måte. Det er snakk om en kontinuerlig prosess for læring og utvikling. Selve organisasjonen kan sees på som en slags levende organisme som er i stadig utvikling. Individene i organisasjonen må ønske og evne å lære, og må kunne videreformidle denne kunnskapen innad i organisasjonen, først da kan man si at organisasjonen er lærende. Menneskers læring er basert på ett sett med bruksteorier. Vi bruker disse uten at vi er helt klar over dette, det er bruksteoriene som ligger til grunn for måten vi handler på, og de er også et resultat av sosialiseringsprosessen (Ibid).

Vi kan kalle disse bruksteoriene for implisitt kunnskap. Det er ofte vanskelig å verbalisere denne kunnskapen, mennesket har mer kunnskap enn det kan uttrykke med ord. Eksplisitt kunnskapen blir oppfattet som den kunnskapen som er sann, mens den implisitte ofte kommer til syne gjennom de handlingene vi gjør. For å bli oppmerksom på denne kunnskapen, må den internaliseres, gjøres kjent, den må omdannes fra implisitt til eksplisitt. For å få dette til, må vi formidle denne kunnskapen til andre. I Strategi O settes individets evne til å lære og gruppens evne til kommunikasjon i fokus (Ibid).

I Strategi O skal ledelsen gå foran som et godt eksempel, og formulere visjoner som virker inspirerende og motiverende hos de ansatte, denne visjonen skal gi retning og mening med arbeidet. I denne strategien ser man også på ledelsen som en viktig støttefunksjon i å nå målene som er blitt satt. Fokuset må settes på de elementene som kan bidra til en bedring av arbeidsforholdene, dette motiverer til endring. Alle ansatte må få en følelse av å være medeiere i endringsprosessen. Strategi O sier ikke at resultater på organisasjonsnivået er uvesentlig, men strategien sier at for å oppnå motivasjon og endringsvilje, må de menneskelige relasjoner og forhold bli lagt vekt på (Ibid).

### 2.3 The model for improvement



Figur 5: The model for improvement (Langly et.al 2009)

The model for improvement er et enkelt, men kraftfullt verktøy for akselerering av forbedringsarbeid. Denne modellen er ikke ment å erstatte endringsmodeller organisasjoner allerede bruker, men er ment å være et verktøy for å sette fart på forbedringsarbeidet. Modellen er brukt med stort hell i hundrevis av helseorganisasjoner verden rundt for å forbedre mange prosesser i helsevesenet og for å oppnå et bedre resultat (Langly et.al 2009).

The model for improvement består av to deler:

1. Tre fundamentalistiske spørsmål, som kan stilles i ulike rekkefølger
2. The Plan-Do-Stydy-Act (PDSA) syklusen som tester forandringer i virkelige omgivelser på arbeidsplassen. PDSA-syklusen hjelper med å kartlegge om forbedringsarbeidet fører til varig endring av praksis.

(Langly et.al 2009)

### **2.3.1 Teamsammensetting**

Det å inkludere de rette folkene i en forbedringsprosess er avgjørende for å få til en vellykket forbedring av praksis. Disse teamene kan variere i størrelse og sammensetting. Hver organisasjon må sette sammen den arbeidsgruppen som vil sørge for å dekke organisasjonens behov. Først av alt må en se på hva som er målet, hva vil man oppnå? Deretter må teamet finne ut om systemet vil bli påvirket av forsøkene på forbedring. Det er viktig at det er medlemmer fra alle involverte enheter og profesjoner i teamet. Det er også viktig at teamet får satt av nok tid til å evaluere prosessen underveis (Langly et.al 2009).

### **2.3.2 Å sette mål**

Forbedringsarbeid krever målsetting. Målet bør være tidfestet og målbart. En organisasjon vil ikke kunne forbedre seg uten en klar og bestemt intensjon om å gjøre nettopp dette. I tillegg til at målet skal være målbart og tidfestet, må det også definere en spesifikk gruppe pasienter som vil bli påvirket av dette. Enighet rundt hva som er målet er avgjørende, likeens at ansatte er informert og enige, og har de nødvendige ressurser for å nå målet (Langly et.al 2009).

I 1999 utga the Institute of Medicine (IOM) i Washington DC, USA, en rapport som omhandlet svakheter i pasientsikkerheten i USA. Dette fulgte de opp med en ny rapport i 2001 som påpeker 6 overgripende mål for forbedring i helsevesenet:

Sikkerhet	Unngå pasientskader på grunn av behandling som er ment å hjelpe pasienten
Effektivitet	Å koble omsorg og pleie opp mot forskning; for å unngå et overforbruk av lite effektiv pleie og et underforbruk av det som er effektiv pleie.
Pasientsentrert	Å sette pris på individet og respektere de valg som pasienten tar
Presis	Å redusere ventetiden både for pasienten og de som utøver helsehjelp
Effektiv ressursbruk	Redusere bruk av unødige ressurser (kostnadsminimering)
Likeverdige	Unngå at etnisitet og rase avgjør hvilken type helsehjelp man mottar

Mange organisasjoner bruker de seks målene til IOM for å hjelpe til å utvikle egne mål (Langly et.al 2009).

### 2.3.3 Å etablere målinger

Teamene bruker kvantitative målinger for å avgjøre om en spesifikk forandring i realiteten leder til forbedring av tidligere praksis. Måling er en avgjørende del for å teste ut og implementere endringer. Målingene vil fortelle teamet om endringene de skaper virkelig vil lede til forbedring. Det er viktig at målinger for forbedringsarbeid ikke blir sammenlignet med målinger for forskningsarbeid (Langly et.al 2009).



Denne forskjellen mellom de to typer målinger vises i tabellen under:

	<b>Målinger for forskning</b>	<b>Målinger for læring og prosessforbedringer</b>
<b><i>Hensikt</i></b>	Å oppdage ny kunnskap	Å bringe ny kunnskap inn i det daglige arbeidet
<b><i>Undersøkelser</i></b>	En stor «blindtest»	Mange sekvenser, undersøkelser som er observerbare
<b><i>Differensial</i></b>	Kontrollere så mange differensialer som mulig	Stabilisere differensialene fra undersøkelse til undersøkelse
<b><i>Data</i></b>	Innsamling av så mye data som overhode mulig, "just in case"	Samle akkurat nok data for å lære og for å fullføre en annen syklus
<b><i>Tidsbruk</i></b>	Kan ta lang tid å få resultater	"En liten test av signifikante endringer" akselererer forbedringsraten

### 2.3.4 Tre typer målinger

Langly et.al (2009) sier videre at en må bruke en balansert sett med målinger for alle forbedringsforsøk: resultatmålinger, prosessmålinger og balanserende målinger.

#### **Resultatmålinger**

Hvordan ivaretar systemet verdien av pasienten, samt helsen og velværen hans? Hvordan påvirkes ledelsen, ansatte eller samfunnet?

#### **Prosessmålinger**

Leverer alle ledd i kjeden som forventet? Er vi på rett spor i våre forsøk på å forbedre systemet?

#### **Balanserte målinger der man ser på systemet fra ulike ståsted og perspektiver)**

Er systemet designet for å forbedre en del av kjeden, eller vil endringen gi problemer i et annet ledd i kjeden?

### **2.3.5 Å velge endring**

Endringsideer må komme fra den innsikten de ansatte innehar som jobber innenfor systemet, fra endringskonsept eller fra andre kreative tanketeknikker. De kan også være lånt fra andre som har lykket med å forbedre sine systemer. Alle forandringer vil ikke lede til forbedring, men all forbedring er avhengig av endring. Evnen til å utvikle, teste og implementere endringer er essensiell for hvert individ, gruppe eller organisasjon som vil arbeide for stadig forbedringer (Langly et.al 2009).

Et konsept for endring er en generell tilnærming til endring som er bevist at er nyttig for å utvikle spesifikke ideer for endring som vil føre til forbedring. Å fore disse endringskonseptene med kunnskap om det spesifikke temaet kan hjelpe til å generere ideer for å teste om endringen virker slik som intensjonen var. Etter å ha generert nye ideer, må det gjennomføres en Plan-Do-Study-Act (PDSA) syklus for å teste endringen i en liten skala for å måle om den gir forbedring av tidligere praksis. Dersom de oppnår dette, utvider man skalaen og gradvis innhenter flere og flere indikatorer til man er sikker på at endringen kan bli implementert i en større del av systemet (Langly et.al 2009).

### **2.3.6 Å måle endring**

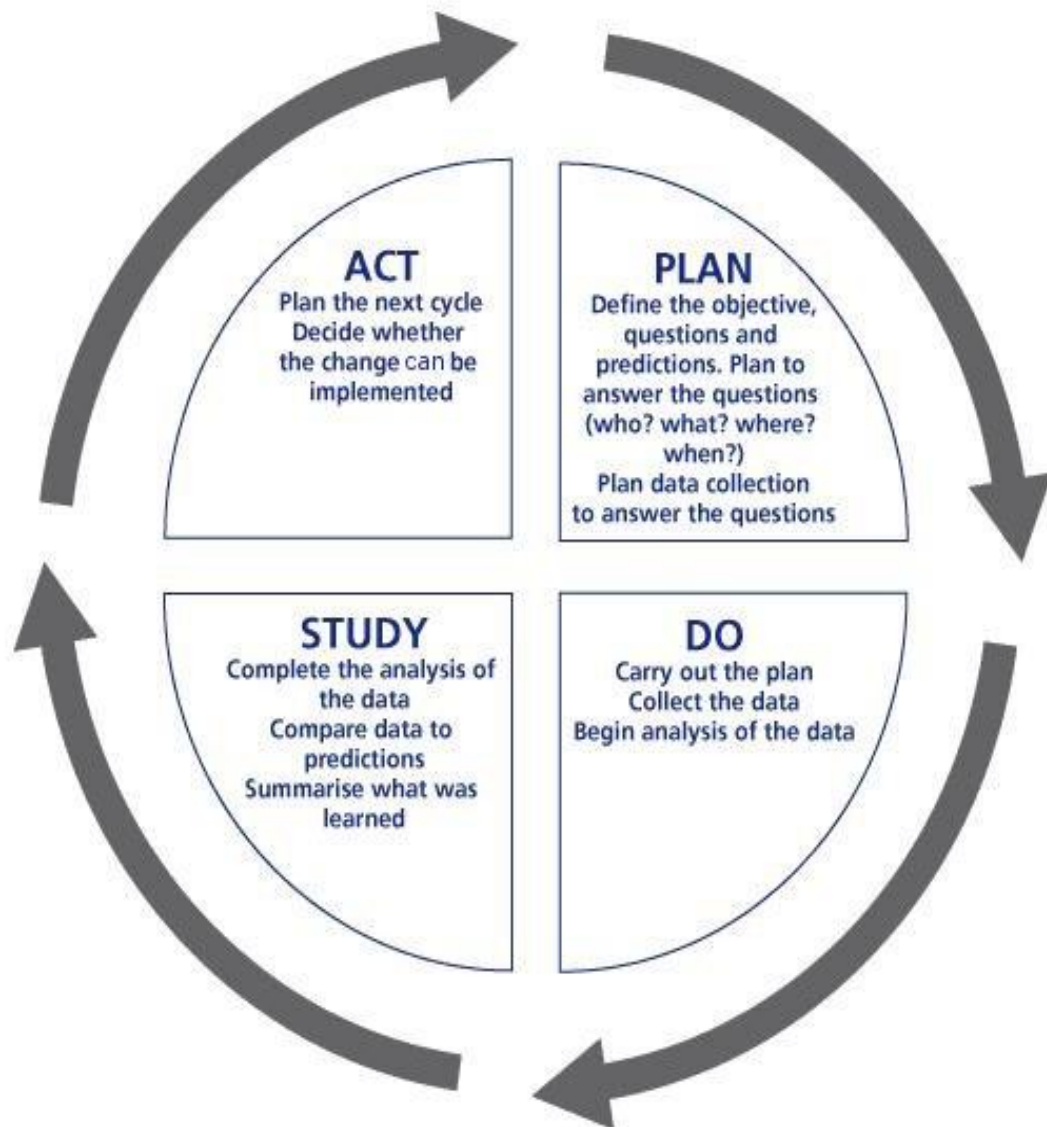
Plan-Do-Study-Act (PDSA) –syklusen er en kortvariant for å prøve ut et endringsforslag i en virkelig arbeidssituasjon. Dette gjennom planlegging, utprøving, observasjoner av resultatene og å handle på bakgrunn av det som er lært. Dette er adoptert fra forskningsmetoder og transformert til handlingsorientert læring (Langly et.al 2009).

Med en gang gruppen har definert og satt seg et mål, etablert sin gruppetilhørighet og utviklet målemetoder for å avgjøre om endringen leder til forbedring, vil neste steg være å prøve ut endringen i en reell arbeidssituasjon.

### **2.3.7 Grunner for å teste ut endringer:**

- ✓ Å øke overbevisningen om at endringen vil føre til forbedring av tidligere praksis.
- ✓ Å bestemme hvilken av de ulike endringsforslagene som vil føre til ønsket forbedring
- ✓ Å evaluere hvor stor forbedring som kan forventes av endringen
- ✓ Å fastslå om den foreslåtte endringen vil være virkningsfull i det aktuelle området
- ✓ Å beslutte hvilke kombinasjoner av endring som vil ha ønsket effekt på de viktige kvalitetsmålingene
- ✓ Å evaluere kostnader, påvirkning på miljøet og andre effekter enn måloppnåelsen en endring kan ha
- ✓ Å minimere motstand rundt implementering av forandringen  
(Langly et.al 2009).

## 2.4 PDSA-syklusen, steg for steg



Figur 6: PDSA-syklusen (Langly et.al 2009)

### **Steg 1 Plan (Planlegge)**

Planlegge testing eller observasjon, inkludert en plan for innsamling av data.

- ✓ Må finne ut hva som skal testes ut
- ✓ En må lage en prediksjon om hva som vil hende og hvorfor
- ✓ Utvikle en plan for å teste forandringen (hvem, hva, når og hvor? Hvilken type data må samles inn?)

### **Steg 2: Do (Utføre)**

Prøve ut testen i en liten skala.

- ✓ Sett undersøkelsen ut i gang
- ✓ Dokumenter problemer og uventende observasjoner
- ✓ Begynn å analysere innsamlet data

### **Steg 3: Study (Kontrollere)**

Sett av tid til å analysere datainnsamlingen og studer resultatene

- ✓ Fullfør dataanalyse
- ✓ Sammenlign resultatene med forventningene til endingen
- ✓ Summer og reflekter over hva som er lært

### **Steg 4: Act (Korrigere)**

Korriger endringen, basert på hva som er lært testperioden

- ✓ Bestemme hvilke tilpassinger som må gjøres
- ✓ Klargjør en plan for den neste testen

#### **2.4.1 Implementering av endringene**

Etter å ha testet ut endringen på en liten skala, og tatt lærdom fra hver test, og justert endringen gjennom flere PDSA-sykluser, kan man implementere endringen. For først etter å ha gjennomført flere små PDSA-sykluser, er endringen klar for implementering (Langly et.al 2009).

Implementeringen er en permanent endring av etablert praksis, så derfor innebærer endringen at man innføre endring i organisasjonen. Endringen vil kunne påvirke dokumentering, prosedyrer og retningslinjer, ansettelse, opplæring og lignende, samt at endringen kan innebære at elementer i organisasjonens infrastruktur som ikke er direkte involvert i endringsarbeidet vil bli påvirket. Implementeringen av den nye praksisen vil kreve at man bruker PDSA-syklusen for å oppnå varige endringer (Langly et.al 2009).

#### **2.4.2 Bredding av endringen**

Etter en suksessfull implementering av endringen i den aktuelle enheten, kan man velge å brekke endringen til andre enheter i organisasjonen, eller til andre organisasjoner.

Brekking er en prosess der man tar en vellykket implementeringsprosess fra en pilotenhet og erstatter den gamle praksisen på i en annen del av organisasjonen, eller til en annen organisasjon (Langly et.al 2009).

Prosjektgruppen som leder endringsarbeidet vil få verdifulle kunnskaper gjennom implementeringen, denne lærdommen kan de ta med seg videre i brekkingsarbeidet.

Brekkingen vil ha stor nytte av å bruke PDSA-sykluser. De enheter som tar til seg den nye praksisen trenger en plan på hvordan de på best mulig måte kan tilpasse seg endringen i sin egen enhet, og ut fra dette avgjøre om deres enhet kan oppnå de forventede endringene etter implementeringen (Langly et.al 2009).

## 3.0 Empiri

### ***3.1 Prosjektarbeidet rundt legemiddelsamstemmingsprosedyren***

Helse Møre og Romsdal HF har siden 2009 arbeidet systematisk med tiltak som skal bedre pasientsikkerheten rundt legemiddelhåndtering. Målet var å finne en bedre måte å innføre utveksling av legemiddelinformasjonen. Tidligere undersøkelser viste at det manglet prosedyrer for dette, ansvarsfordelingen var uklar og det var ikke etablert rutiner for å kvalitetssikre det som ble gjort i forhold til legemiddelsamstemming.

Legemiddelhåndteringsforskriften fra 2008 stilte også strengere krav til rutiner og dokumentasjon på dette feltet i norske sykehus (Fagervoll et al, 2013).

På bakgrunn av dette innførte Helse Møre og Romsdal HF en prosedyre om legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming som gjeldende praksis i helseforetaket i perioden 2011. Formålet var å bedre kommunikasjonene mellom helsepersonell internt på sykehuset. Alle ansatte ble gitt opplæring i å følge denne nye prosedyren som har som hensikt å sikre at informasjon om pasienten sin legemiddelbruk er rett og fullstendig, og at virksomheten har en forsvarlig praksis for registrering av legemiddelinformasjon ved innleggelse eller konsultasjon hos lege. Denne prosedyren gjelder for alt helsepersonell som er involvert i prosessen, og også for de leger som ordinerer legemidler på bakgrunn av den legemiddelanamnesen som er foretatt. (Vedlegg 1).

Få å hjelpe seg med dette arbeidet, skal helsepersonellet benytte seg av et legemiddelanamneseskjema, «Registreringsskjema legemiddelanamnese» (vedlegg 2). Dette skjemaet skal følge pasienten fra innleggelse, og gjennom hele oppholdet. Helsepersonell markerer i dette skjemaet om opptaksprosessen for legemiddelanamnese var fullstendig i mottagelsen ved pasientens innkomst, eller om det var behov for ytterligere oppfølging på den aktuelle sengeposten pasienten blir innlagt. Skjemaet blir skannet inn i pasientens journal etter utreise eller etter pasienten død dersom han dør under oppholdet på sykehus.

I prosedyren « Opptak av legemiddelanamnese og ordinerer av legemidler ved innlegging eller konsultasjon» er ansvarsområdene definerte, der det er det helsepersonellet som tar opp anamnesen som har ansvar for å samle inn nødvendig informasjon, og dokumentere

dette i pasientjournalen. Dette blir som regel utført av en sykepleier. Det er legen som er ansvarlig for at den medisinske vurderingen er grundig, der han bestemmer på bakgrunn av legemiddelanamnesen hvilke medikamenter som skal bli gitt til pasienten (Vedlegg 1).

Et par seksjonsledere på medisinsk avdeling dro sammen med en av overlegene på kvalitetskonferanse, arrangert av Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten (NFKH) i mars 2013. Der fikk de presentert kvalitetsprosjekter fra andre sykehus, både i og utenfor Norge. På bakgrunn av dette ble delegasjonen inspirert til å starte kvalitetshevende tiltak i egen avdeling. På konferansen ble de også presentert for The Model for Improvement, som et verktøy til kontinuerlig forbedringsarbeid. I medisinsk avdeling er mange av innmeldte avvik grunnet feil i legemiddelhåndtering. Gruppen så dette som et stort forbedringsområde, og spesielt siden legemiddelhåndtering er et av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet. Gruppen bestemte seg for å måle antall innlagte pasienter som ble legemiddelsamstemte, målt i prosent.

Gruppen samlet seg i etterkant av kvalitetskonferansen, og valgte å knytte til seg postsekretærene på de ulike sengepostene i avdelingen. Medisinsk avdeling har 3 sengeposter, med til sammen 68 pasientsenger. For å kunne måle kvaliteten, tok man utgangspunkt i å måle hvor mange av de innlagte pasientene som hadde et fullstendig utfylt legemiddelanamneseskjema (vedlegg 2). Alle ansatte i avdelingen hadde tidligere fått opplæring i bruk av skjemaet, og prosedyren var godt kjent innad i avdelingen. Prosjektgruppen som ble satt ned består av 2 seksjonsleder, 2 postsekretærer og en seksjonsoverlege fra medisinsk avdeling. Prosjektet fikk støtte fra avdelingssjef, og ble dermed forankret i ledelsen på et tidlig tidspunkt. Kvalitetssjefen i helseforetaket ble også informert og involvert i prosessen.

Prosjektgruppen bestemte at det skulle bli foretatt en såkalt null-måling, der gruppen ville måle dagens situasjon. Dette ble gjort over en periode i april 2013, uten at de ansatte var informert om dette. Målingen ble gjort ved at sekretæren telte antall pasienter som hadde fullstendig utfylt legemiddelsamstemmingsskjema liggende i oppholdsmappen sin, slik prosedyren tilsier (vedlegg 1). Gruppen hadde også satt ned kriterier for når et skjema kunne sies å være fullstendig utfylt. Det skulle også ha skjedd innen en tidsfrist på 3 døgn, helst i løpet av 24- timer.

I sitt planleggingsarbeid brukte gruppen The Model for Improvement, og satt som første delmål at 80 % av alle pasienter skulle være samstemt. Dette skulle gjelde de pasientene



som var innlagt som øyeblikkelig hjelp, det vil si på alle pasienter som ikke hadde en planlagt innleggelse, en såkalt elektiv innleggelse. Gruppen la en plan for hyppige møter, der PDSA-syklusen skulle være et viktig hjelpemiddel i å oppnå varig endring av praksis.

Den nullmålingen som ble foretatt i april 2013, uten at de ansatte var informert, var nedslående. Resultatet var at kun 7 % av pasienten var samstemt etter prosedyren.

Prosjektgruppen måtte da finne ut hvordan man skulle gå fra knowing til doing, hvordan får man de ansatte til å følge prosedyren? Prosjektgruppen ønsket å gjøre målingene synlige, og bestemte seg for å henge opp noen whiteboard-tavler etter inspirasjon fra Hillerød Hospital i Danmark. Hillerød Hospital var en av presentørene på NFKH-konferansen, og hadde gode resultater fra sine kvalitetstavler. Tavler ble bestilt og hengt opp på vaktrommene på sengepostene, også slik at tavlene ble synlige for publikum.

Det første resultatet ble skrevet på tavlen, der de ansatte fikk kun resultatet fra sin egen sengepost presentert. Dette ga ikke noen nevneverdig effekt hos personalet, annet enn at de ønsket seg en høyere prosent. Uken etter ble derfor de andre sengepostenes resultater ført opp på tavlene, på denne måten ble det en intern konkurranse mellom sengepostene. Man kan se av målingene at samstemmingsprosenten økte på alle sengepostene, ingen ville være dårligere enn de andre to postene. Man fikk en konkurranse om å være best i kvalitet.

Tellingen blir utført hver mandag, der man får data fra uken før. Det vil si at man får helt ferske tall, og får vite hvor mange prosent av forrige ukes innlagte pasienter som var fullstendig legemiddelsamstemte etter prosedyrene i skjemaet.

Prosjektgruppen hadde hyppige møter, og i et møte etter sommerferien 2013 ble målet redefinert, og det nye målet var at 100 % av alle pasientene skulle være samstemte, og at man også skulle inkludere alle de elektive pasientene i målingen. Det ble også bestemt at man skulle splitte tallene ned til hver fagseksjon i hver sengepost, slik det også ble en intern måling i sengeposten. Man så da at samstemmingsprosenten økte ytterligere, da det ble en konkurranse om å være best, både som sengepost og beste fagseksjon innad i sengeposten.

Seksjonslederne prøvde å holde fokus på prosjektet hele tiden, og ha det som tema i postmøter. Det ble også et element av konkurranse i legegruppen, som beveger seg mye mer på tvers av sengepostene enn det sykepleiergruppen gjør. Legene var også interessert i å være best blant sine kollegaer, og det ble derfor montert opp en kvalitetstavle i

fellesarealet til legene, slik de kunne holde seg oppdatert på samstemmingsprosenten på de ulike sengepostene.

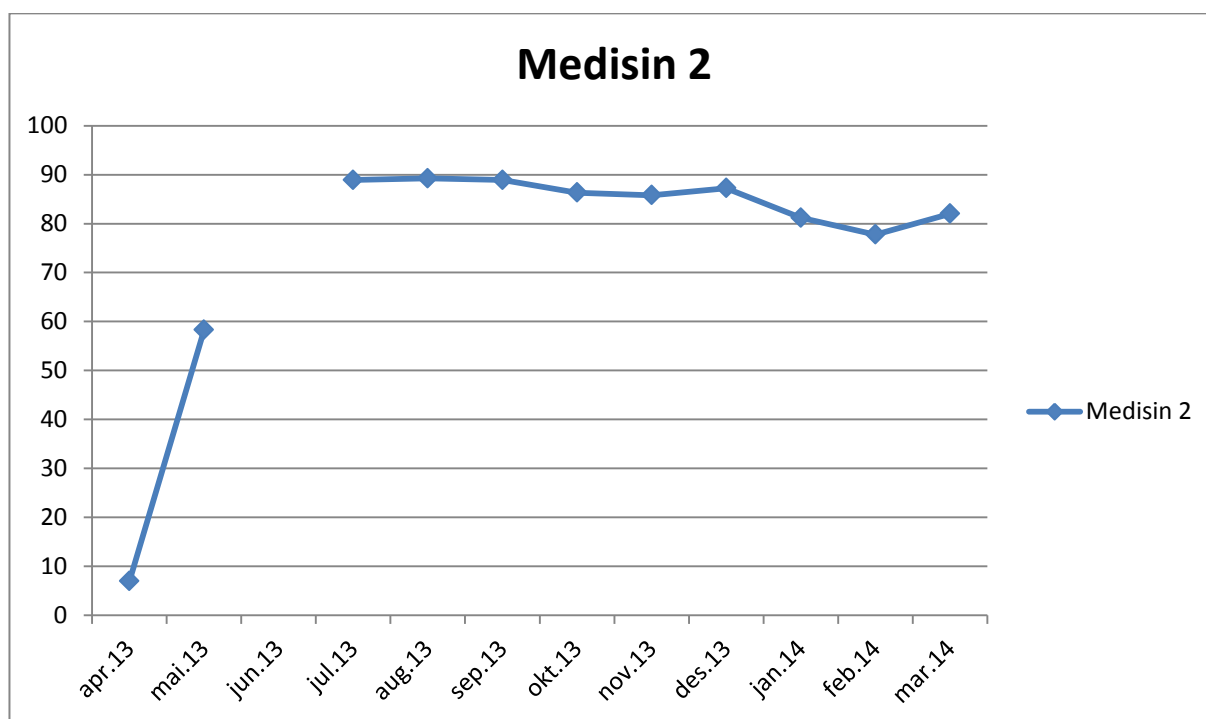
For å øke pasientsikkerheten ytterligere, og for å gi ansatte en ytterligere påminnelse om at samstemmingen var veldig viktig, ble sjekklister gjeninnført på sengeposten. Disse sjekklistene ligger fremst i pasientjournalen, og minner personale på alt som må sjekkes ut innen pasienten kan reise. Dette kan være for eksempel ernæringsscreening av pasienten, kommunikasjon med den kommunale helsetjenesten og selvfølgelig legemiddelsamstemming (vedlegg 4).

Arbeidet ble også fanget opp av ledelsen i helseforetaket, og ble presentert på foretakets internetsider og ulike interne møter (vedlegg 5). Dette førte til mange positive henvendelser fra andre avdelinger innad i helseforetaket, der noen av disse nå ser på hvordan de kan bedre etterleve samstemmingsprosedyren.

Kvalitetsmålingene har nå kommet så langt at prosjektgruppen er klar til å innføre nye indikatorer som skal opp på kvalitetstavlen, og arbeidet er i startgropen for dette. Man ser at måling av kvalitet gir en smitteeffekt der ansatte etterspør flere indikatorer. Personalet ønsker blant annet at det skal måles antall fall i sengeposten, hvor mange som har fått ernæringsscreening og hvor lang tid det tar før pasientens epikrise er ferdigskrevet. Prosjektgruppen må da finne gode og enkle verktøy for å kunne måle dette. Det har hele tiden vært en forutsetning at målingene ikke skal være spesielt tidkrevende, men at de skal kunne integreres i de vanlige dagsrutinene uten å måtte kreve ekstra ressurser.

Siden desember 2013 har farmasøytene tilknyttet sykehusapoteket gått inn for å kvalitetssikre den samstemmingen av legemidler som er blitt utført. Prosjektgruppen ønsker å se om det vi gjør ivaretar pasientsikkerheten. Det er et risikomoment at for å si at pasienten er samstemt, må legemiddelanamneseskjemaet være signert, det behøves ingen ytterligere dokumentasjon enn signaturen. Derfor går farmasøytene gjennom et tilfeldig utvalgt av ferdig samstemte legemiddellister, og ser om kvaliteten på samstemmingen er god nok.

For å få frem tallene i de målingene som er blitt gjort på legemiddelsamstemming, er resultatene ført inn uke for uke i et Excel ark. Dette er oversikten over utviklingen på medisin 2 fra nullmålingen i april 2013 til og med mars 2014.



Figur 7: legemiddelsamstemming ved medisin 2 i perioden april 2013 til mars 2014

Målingen som ble foretatt i april ble gjort uten at personalet var klar over at prosjektet skulle starte. Det viste seg at i kun 7 % av alle innleggelser i sengeposten ble legemiddelsamstemmingsskjemaet brukt på riktig måte. Mange skjemaer var ikke fullstendig utfylt, og i de aller fleste tilfellene var det manglende. Resultatet ble skrevet opp på whiteboard-tavlen, og prosjektet ble gjort kjent for de ansatte. Man kan se en kraftig forbedring i mai måned, da gjennomsnittlig samstemmingsprosent var på cirka 60 %. Prosjektgruppen kunne se allerede her at kvalitetstavlen var et kraftfullt virkemiddel.

Ser man mer nøye på oppstarten av målingene finner man følgende:

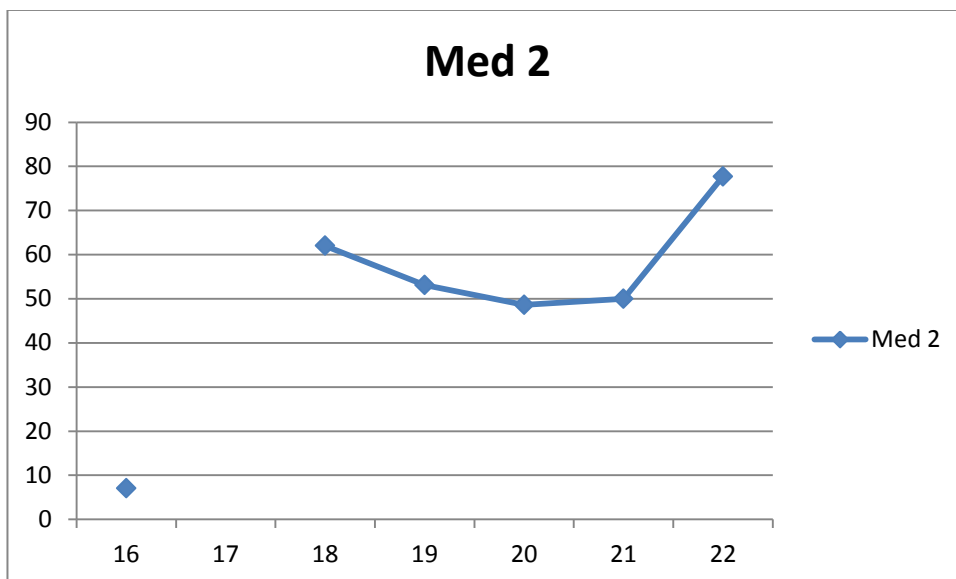
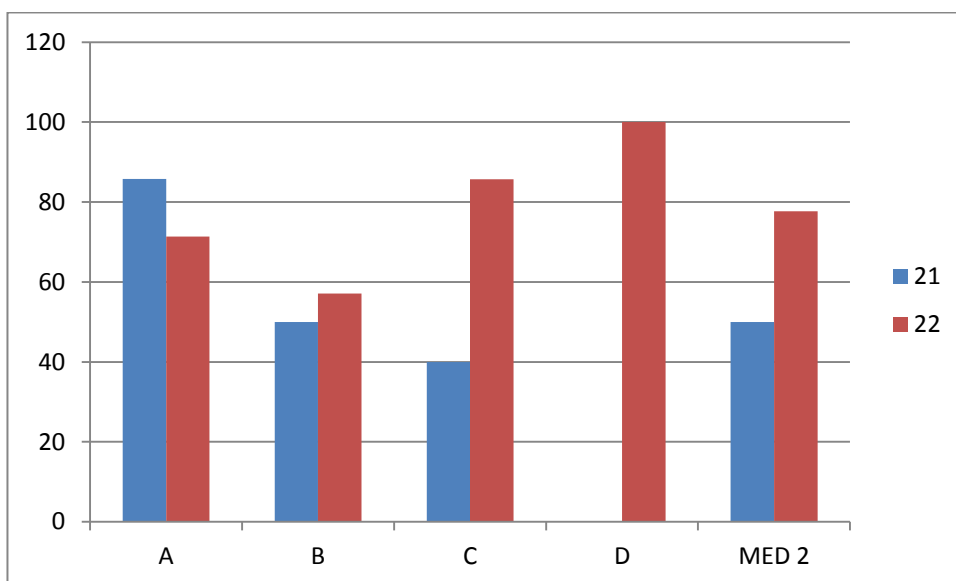


Fig 8: legemiddelsamstemming målt i % i uke 16 til uke 22 i 2013

Tallene i den horisontale aksen viser hvilken kalenderuke man er inne i. Nullmålingen er utført i uke 16, som var i april 2013, mai 2013 bestod av kalenderuke 18-22. Man ser at det er en uke uten målinger etter nullmålingen i uke 18. Dette ble gjort fordi prosjektgruppen først ønsket en nullmåling, for deretter å samles, og informere personalet om prosjektet. De offisielle målingene startet i uke 18. Denne uken var samstemmingsprosenten oppe i hele 62 %, og lå deretter stabilt der rundt cirka halvparten av pasientene ble legemiddelsamstemte. I den siste uken nådde sengeposten en samstemmingsprosent på 78 %.

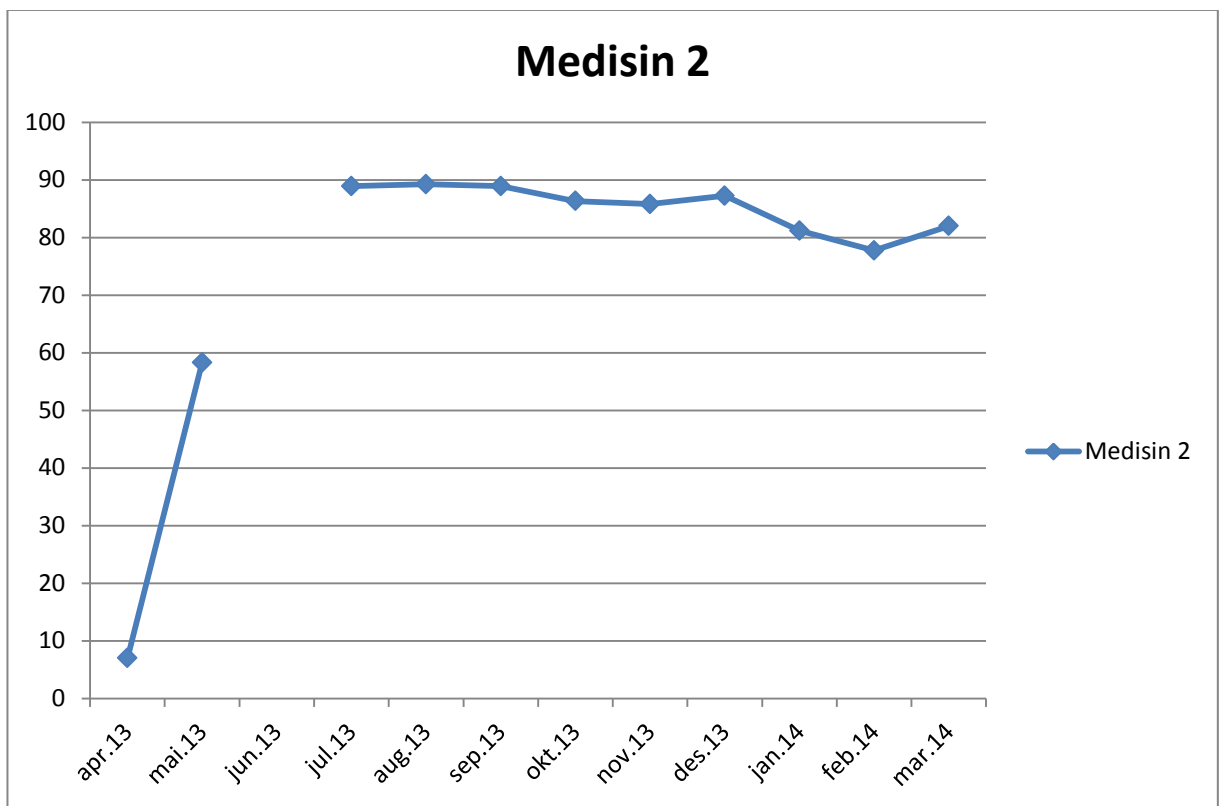
Grunnen til dette er at personalet på den aktuelle sengeposten ga tilbakemeldinger i midten av mai at de ønsket å se forskjellen innad i sengeposten. Medisinsk sengepost 2 (med 2) har fire fagseksjoner, kalt team A, B, C og D. Ved hjelp av enkle grep i registreringen kunne dette ønsket innfris, og de to siste ukene av mai 2013 så slik ut:



*Figur 9: Legemiddelsamstemming i uke 21 og 22, 2013, seksjonsvis fordeling.*

De blå søylene representerer uke 21, mens de røde representerer uke 22. Siste søylen viser gjennomsnittet for hele sengeposten. Resultatene fra de ulike teamene ble ført opp på kvalitetstavlen, og 3 av 4 team hadde fremgang fra uke 21 til 22, der man ser at team D hadde klart å samstemme 100 % av sine pasienter i den siste uken.

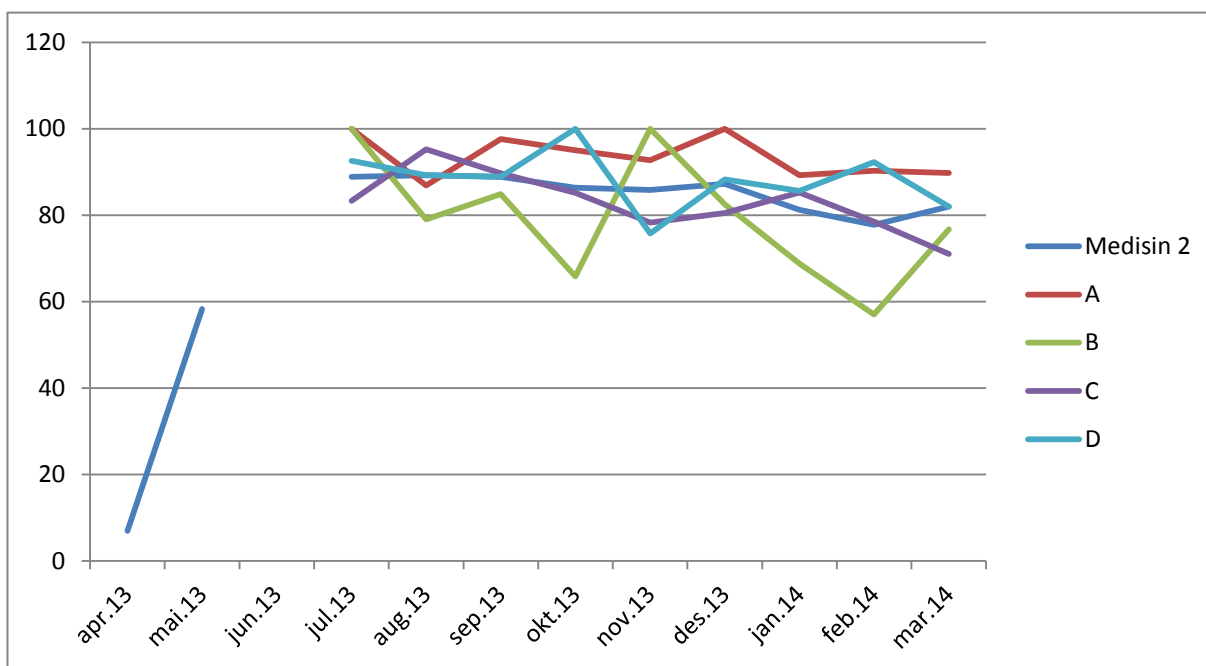
Vi ser videre at det er en tidsperiode uten målinger:



*Figur 10: Legemiddelsamstemming juni til juli 2013. Ferieavvikling.*

Dette skyldes ferieavvikling, men nye vikarer som ikke var kjent med de nye rutinene, og postsekretær som står for registreringen hadde ferie. Man kan deretter se at allerede fra juli måned var samstemmingsprosenten på et stabilt høyt nivå mellom 80 % og 90 % ut 2013. I begynnelsen på 2014 er tallet stabilt rundt 80 % gjennomsnittlig i sengeposten.

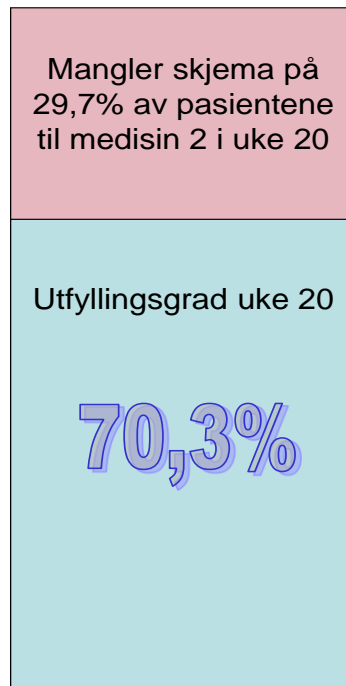
Dersom man ser på hva som skjuler seg bak de gjennomsnittlige tallene og splitter tallene ned på de 4 teamene ser det slik ut:



Figur 11: Legemiddelsamstemming med seksjonsvis fordeling.

Her kan man se at tema A er mest stabil, og at tem B er det som har størst variasjon i sine målinger. Ved å se på tallene slik, kan man være i stand til å sette inn tilpassede tiltak til de ansatte i de forskjellige teamene.

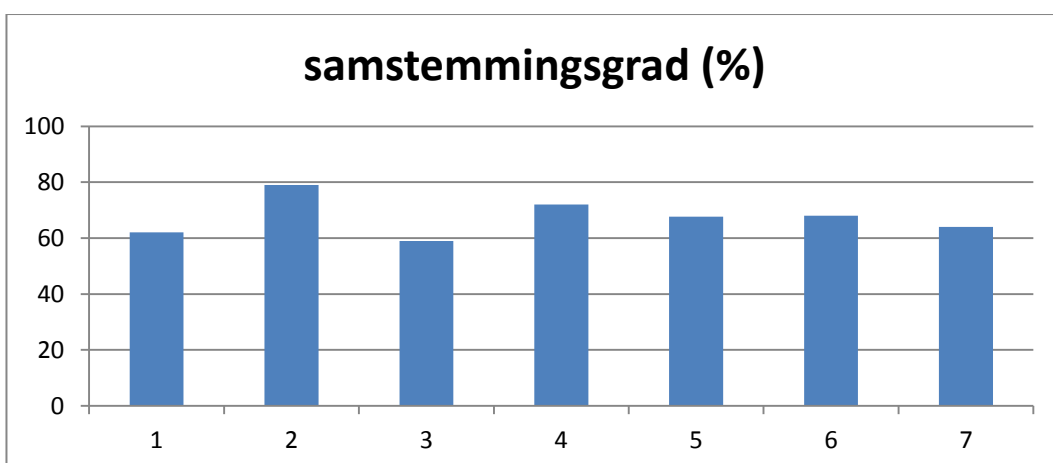
I starten av målingene i mai 2013 så man at legemiddelanamneseskjemaet ikke fulgte med pasienten opp til sengeposten fra mottagelsen der han ble innskrevet. Seksjonsleder i mottak ble derfor gjort oppmerksom på dette av seksjonsleder på sengeposten. Det førte til at personellet i mottaksseksjonen fikk presentert statistikk på hvor mange pasienter skjemaet fulgte med fra innskrivingen, slik prosedyren tilsier:



*Figur12: Utfyllingsgrad av legemiddelanamneseskjema i mottakelsesavdelingen*

Seksjonsleder i mottaket presenterte dette for sine ansatte på denne måten, i flere uker på rad, og startet dermed et eget kvalitetsforbedrende arbeid i sin post.

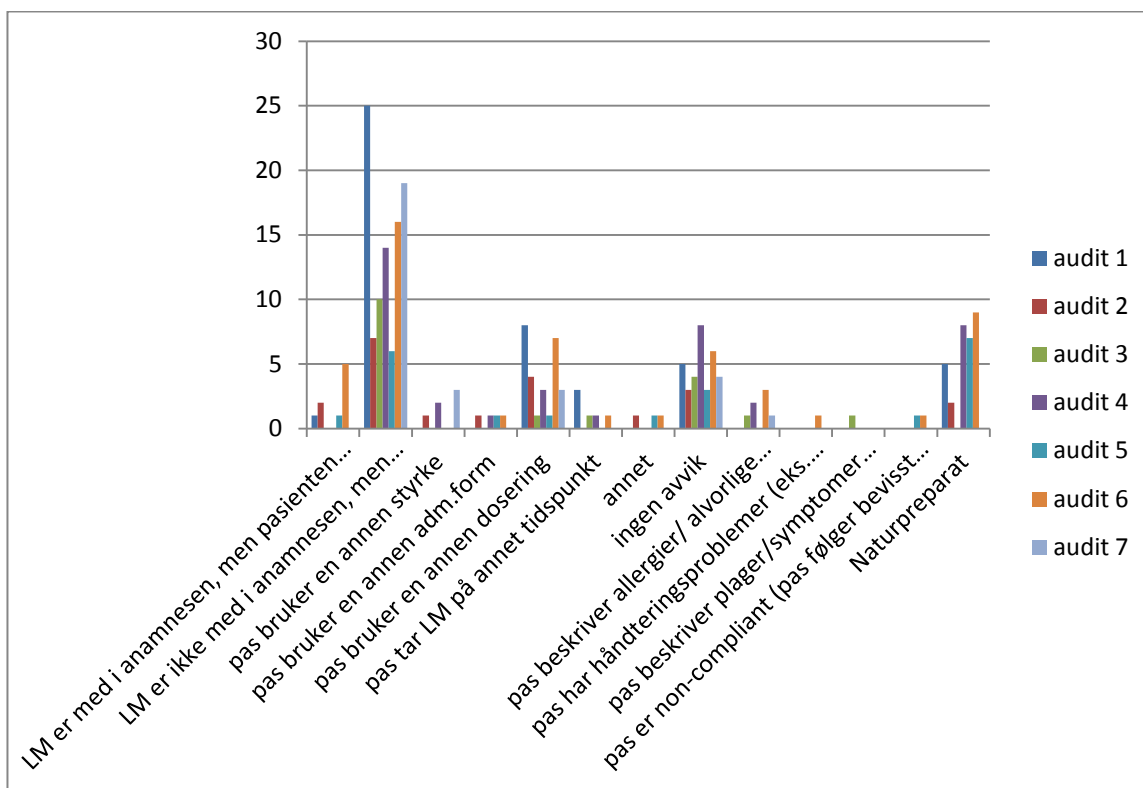
Som tidligere nevnt ble farmasøytene fra sykehusapoteket invitert til å kvalitetssikre at den samstemmingen medisinsk avdeling utførte, faktisk var god nok. Farmasøytene kom opp enkelte uker, og trakk ut tilfeldige pasientjournaler til de pasienten som akkurat var skrevet ut og markert som fullstendig samstemt.



*Figur 13: Samstemmingsgrad (%) ved hele medisinsk avdeling i ukene etter første audit i desember 2013*



Disse tallene er helt ferske, og er derfor bare ett gjennomsnittelig tall for hele avdelingen. De skiller ikke ut de ulike sengepostene. Tallene viser samstemmingsgraden på de ulike datoene for auditene, og under viser data på de avvik som ble funnet, målt i prosent:



*Figur 14: Avvik funnet ved auditene der farmasøyter ser på kvaliteten i medisinsk avdelings slegemiddelsamstemming*

Neste steg i prosessen er nå å se på disse tallene fra farmasøytene, for så å sette inn tiltak på de områdene sengepostens samstemming ikke er god nok. På den måten vil man kunne øke pasientsikkerheten ytterligere.

### ***3.2 Resultat fra spørreundersøkelsen:***

Sykepleierne og lege fikk utdelt et kvantitativt spørreskjema (vedlegg 3) der de fikk svare på noen enkle spørsmål om legemiddelsamstemmingsprosjektet. Svarprosenten på disse skjemaene var på omlag 50 %. Det kom inn 62 svarskjema. Dette er et spørreskjema som er utarbeidet av meg i samarbeid med prosjektgruppen på sykehuset. Disse dataene er tenkt å brukes til besvarelse av denne masteroppgaven, samt til å utarbeide egne statistikker internt i medisinsk avdeling.

Størsteparten av respondentene på undersøkelsen er kvinner. Det var 43 kvinner og 18 menn som svarte. En av de spurte har ikke oppgitt sitt kjønn. Medisinsk avdeling er en avdeling med mange unge ansatte, og dette gjenspeiles i denne undersøkelsen. Om lag  $\frac{3}{4}$  av de spurte er 40 år eller yngre. I de to andre aldersgruppene er spredningen om lag lik på alder. Helsevesenet har også en klar kvinnedominans, spesielt hos sykepleierne, dette forklarer den høye andelen kvinnelige respondenter.

Flesteparten av de spurte er sykepleiere, det var kun 8 leger som svarte på skjemaet. Dette kan skyldes at det er primært sykepleiergruppen som samler inn informasjon om pasientens legemiddelbruk, og er den gruppen som bruker legemiddelanamneseskjemaet mest. Legen er den som går god for om sykepleierens innhenting av anamnesen er god nok, og dermed ikke har like stor eierskap til skjemaet.

Da respondentene ble spurt om hvilken kilde de foretrekker for å innhente pasientens legemiddelanamnese, svarer over halvparten at de foretrekker medisinalistene til hjemmebasert omsorg (HBO) ute i kommunene.

HBO er den instansen som har den daglige kontakten med pasientene, og de medisinske pasientene har ofte mange og sammensatte diagnoser, som kan gi en omfattende legemiddelbruk. De medikamentlistene HBO sitter med, er ofte de mest oppdaterte listene, da de er et bindelegg både overfor pasientens fastlege og sykehuset. Er pasienten oppgående, klar og orientert, og ikke har noen form for kommunal hjelp, er det ofte nok å innhente opplysninger om legemidler fra pasienten og hans pårørende. Det kan være vanskelig å få tak i pasientens fastlege, da det ofte er lang ventetid for å få snakket med legen. Det kan også være lenge siden pasienten sist var hos legen sin, og at medisinalistene derfor ikke er helt oppdaterte. I de tilfeller der pasienten har hyppige innleggelser på

sykehuset, foretrekker en del å innhente legemiddelanamnesen fra tidligere opphold ved sykehuset.

På spørreskjemaet ble det også stilt et åpent spørsmål om hva som er utfordrende ved det å utføre legemiddelsamstemming, og da svarer ganske mange at det er mange aktører å forholde seg til utenfor sykehuset. Det tar tid å innhente opplysninger, og en del lister spriker fra hverandre. Mange av respondentene ønsker seg et datasystem som snakker sammen på tvers av sykehus, fastleger og kommunale helsetjenester. De ansatte ønsker, som en respondent uttrykker det: *«en enklere kommunikasjon med ulike instanser («En journal» for pasienten), for eksempel nettbasert, der «alle» (ansvarlige leger) kan gå inn å oppdatere».*

Den medisinske sengeposten som er med i undersøkelsen, er blitt plukket ut til å være pilot for elektroniske pleie og omsorgsmeldinger (PLO) i løpet av den tiden kvalitetsmålingene er blitt foretatt.. Dette er et elektronisk datasystem for kommunikasjonsutveksling mellom helseforetaket og kommunen. Man har ikke tilgang til hverandres pasientjournal, men man kan sende forespørsler til hverandre. Slik kan man sikre at nødvendig pasientinformasjon blir utvekslet, og det er satt tidsfrister på hvor lang responstid den forespurte parten har på å respondere på forespørselen. Dette uttrykker respondentene på spørreskjemaet slik: *«Endelig 😊», «et datasystem som snakker sammen, dette sparer oss mye tid når det gjelder samstemming, og ikke minst øker det pasientsikkerheten», «Det skal bli så mye enklere å drive legemiddelsamstemming nå, er svært takknemlig for PLO».* Denne piloten er ennå i startgroppen, og det er ennå ikke noen analyser på hvordan dette fungerer i praksis, men pleiegruppen i sengeposten er så langt fornøyd.

I spørreskjemaet var jeg ute etter å finne svar på hvor godt de ansatte kjenner prosedyren rundt legemiddelsamstemming. Svarene viste at de aller fleste er godt kjent med rutinene, dette var som forventet. Fokus på rutinene og undervisning i bruken av disse, er gitt til de aller fleste ansatte.

Bare et fåtall er lite kjent, og dette viser seg å være timelønte vikarer. Man kan ikke forvente at disse er like godt kjente med alle rutiner som de med fast ansettelse eller vikariat har, men det gir utfordringer i opplæringen av de som ikke har fast tilhørighet til sengeposten, men som jobber spredt over hele sykehuset, og også gjerne i den kommunale helsetjenesten. De aller fleste bruker legemiddelanamneseskjemaet ved samstemming, slik som prosedyren tilsier.

Det er dessverre ikke blitt målt forskjellen fra før kvalitetstavlene ble innført i sengeposten. Så derfor foreligger det ingen data om skjemaet i større grad i dag blir brukt ved legemiddelsamstemmingen. Man kan bare anta at det er slik, og som en har uttrykt det i spørreskjemaet under andre kommentarer: *«Innføring av sjekklister, samt det å bruke anamneseskjemaet hjelper meg i å huske å samstemme pasientens medisiner»*.

Jeg er også ute etter å finne ut hvordan de ansatte ser på kvalitetstavlen, og om den bidrar til økt pasientsikkerhet.

Svarene viser at de ansatte oppfatter kvalitetsmålingene som viktige for pasientsikkerheten. En sykepleier sier det slik: *«Veldig fornøyd med tavla vår. Da får vi en påminner om hvor vi ligger an, om vi må skjerpe oss eller om vi gjør det bra. Helst best!»* En annen uttrykker: *«Supert med samstemmingstavler. Kjekt å konkurrere»*.

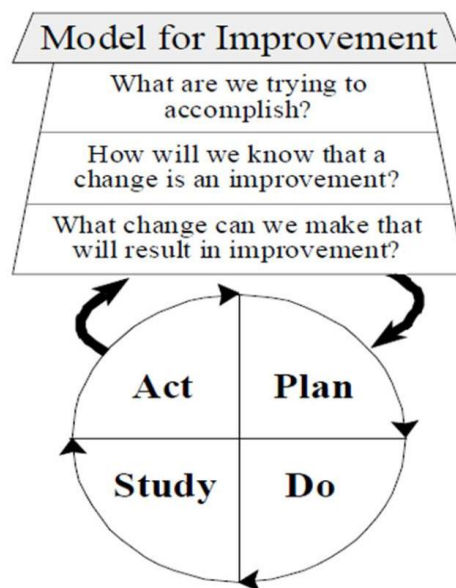
Aktuell teori om endringsledelse sier at endringen må være forankret hos nærmeste leder. Derfor ble det stilt spørsmål om de ansattes oppfattelse av leders fokus på legemiddelsamstemmingen.

Godt over halvparten mener at nærmeste leder har stort nok fokus på området. Det er ikke skilt mellom de ulike sengepostene, eller om det er lege eller sykepleier som svarer. Likevel kan man finne at om lag  $\frac{3}{4}$  av legene som svarte, mener at sin nærmeste leder ikke har nok fokus på samstemming. Deres leger har inntil nylig ikke tatt del i den daglige driften, men nå nylig ble an av legene ansatt som seksjonsleder for disse. Dette vil muligens gi utslag i nærmeste leders eierskap til samstemmingsprosedyren.

## 4.0 Analyse:

Hvordan komme fra «knowing» til «doing»? Hvordan kan man få helsepersonellet følge gjeldende prosedyre når man vet at den er til pasientens beste, selv om den bryter med tidligere rutiner? Og hvordan kan man skape varig endring, der kvalitetsarbeid er forankret som en viktig del av hverdagen til de ansatte?

Gjennom dette forbedringsarbeidet i medisinsk avdeling er det i hovedsak blitt tatt utgangspunkt i The Molde for Improvement. Det har vært utført mange små PDSA-sykluser i løpet av prosessen. Prosjektet er ennå ikke helt i mål, man forsøker nå å gjøre prosjektet om til en varig endring som bør breddes til andre avdelinger i helseforetaket.



Figur 15: The model for improvement (Langly et.al 2009)

Når helseforetaket innførte de nye prosedyrene om legemiddelsamstemming i 2011, var dette en prosedyre som ble utarbeidet av fagavdelingen som sitter i tilknytning til administrasjonsavdelingen. Det vil si at de sitter langt fra de som utøver helsehjelp og omsorgstjenester. Det var en toppstyrt endring. De ansatte må innrette seg etter nye rutiner som er utarbeidet av andre enn dem selv. En slik toppstyrt endring vil alltid føre til

motstand fordi medbestemmelse og inkludering mangler. Løsningene er ofte mindre gjennomtenkte da de kompetente medarbeiderne ikke var en del av utarbeidingen av prosedyren. Den nye prosedyren skapte dårlig stemning og massiv kritikk fra de ansatte. Slike forsøk på toppstyrte endringer blir ofte slukt av kulturen nede i organisasjonen (Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013). Leger og sykepleiere var fornøyd med den gjeldende praksisen, og mente den var god nok. De sa at prosedyren var for tidkrevende, og ikke var utarbeidet av dem selv, men av administrasjonen. Dermed hadde de ansatte ikke eierskap til prosedyren, og valgte da i stor grad å ikke forholde seg til denne.

Profesjonskampene på sykehuset er med på å sette grupper opp mot hverandre eller opp mot ledelsen. Medarbeiderne tilhører en gruppe der gruppens normer og holdninger kan påvirke enkeltindividets måte å handle og tenke på. Når man tilhører en gruppe, vil man ofte skifte identitet fra «jeg» til «vi». Det kan etableres en gruppestereotyp der det er klare forventninger til hva som er riktig å tenke, si, mene og gjøre. Det blir etablert en særegen kultur som kan skape utfordringer for ledelsen av denne gruppen eller profesjonen. Lederen av en slik gruppe klarer å skape engasjement, innsats og endringsvilje kun dersom lederstilen er slik de ansatte mener den skal være for å gi god pasientbehandling og kunne skape resultater (Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013). Prosjektansvarlige for den nye prosedyren om legemiddelsamstemming, prøvde gjentatte ganger å selge budskapet sitt om viktigheten av samstemmingen. Dette gjorde de gjennom opplæring til alle, og gjennom hyppige besøk i de ulike avdelingene i helseforetaket. I en allerede presset arbeidshverdag, samlet legene og sykepleierne mot ledelsen, og ville ikke forholde seg til det nye skjemaet.

Innføring av den nye prosedyren var en toppstyrt innføring, der lederstrategi E var hovedstrategien. Gjennom det å kurse alle ansatte, og forandre prosedyren, ble det satt en ny standard for hvordan praksis skal være. De ansatt som driver direkte pasientbehandling er klar over viktigheten av at pasientene får riktig medisin, i riktig dose til rett tidspunkt. Kulturen i ekspertorganisasjonen er preget av autonome ansatte. De har mye makt gjennom sin profesjon, og er dermed ikke alltid mottagelige for faglige rutiner som er gitt utenfra, i dette tilfellet fra fagavdelingen i administrasjonen. Det er sjelden mangel på kunnskap og informasjon som er årsaken til manglende endringsvilje. En må vekke emosjonene til de ansatte, følelsene er sterke drivkrefter til endringsvilje. Man må over til lederstrategi O for å oppnå varige forandringer som er forankret i «grasrota» (de som driver med direkte pasientkontakt).

Sykehus trenger gode ledere. De sykehuslederne som lykkes prioriterer lederskap og delegerer administrative oppgaver til andre. Med lederskap menes å tilføre organisasjonen energi ved å peke ut retning og utvikle strategier for å nå de mål som blir satt. I tillegg skal man motivere og utvikle sine medarbeidere. Et godt lederskap kjennetegnes ved at medarbeideren frivillig følger lederen. Lederen må være til stede i medarbeiderens omgivelser, gi tilbakemeldinger og ros og være villig til å feire små og store begivenheter (Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013).

Lederskap og administrasjon innebærer to forskjellige måter å organisere arbeidet og de ansatte på. Administratoren har en formel, rasjonell og korrekt oppførsel, mens den som driver lederskap appellerer til følelsene til de ansatte. Mange ledere drukner i administrative oppgaver, og har derfor ikke ressurser nok til å drive med tilstrekkelig mengde lederskap (Ibid). Ledere i helseforetaket er på mange måter tilretteleggere for at den daglige driften skal gå rundt. De administrer og legger til rette slik at profesjonen skal få operere selvstendig innenfor visse rammer. Lederne bruker mye av sin tid til dette, og har ikke alltid tilstrekkelig med tid til å følge opp den enkelte ansatte og drive med coaching og utvikling.

Administratoren må bli adlydt for å få sin vilje igjennom. Å bruke for mye tid på administrasjon fører til at lederen distanserer seg fra den daglige driften. Han/hun blir da avhengig av sin stillingsautoritet for å bli hørt. Denne stillingsautoriteten fører ikke til energi og entusiasme. Når ledelsen og administrasjonen tvinger igjennom nye prosedyrer uten å sikre eierskap til denne hos de ansatte, møter de motstand. Delegering er å gi medarbeiderne ansvarsområder med tilhørende myndigheter. Det å fordele oppgaver er ikke delegering. Hensikten med delegering er å involvere medarbeiderne slik de kan bidra til økt tilfredshet både hos pasienter og kollegaer innenfor de tildelte rammene. Mennesker som mestrer oppgaver og samtidig får økt ansvar, vil bidra i forbedringsarbeidet (Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013). De som skal bruke den nye legemiddelsamstemmingsprosedyren i det daglige, må bli tatt med i arbeidet med å utforme denne. Slik kan en best skape eierskap, og dermed økt etterlevelse av den nye standarden.

Å innføre legemiddelanamneseskjemaet som standard prosedyre, førte til en endring av gjeldende praksis. Når man står overfor endring, blir de ansattes forpliktelser og motivasjon spesielt utfordret. Lojaliteten til sykehuset blir utfordret av lojaliteten til

profesjonen. Utfordringen for ledelsen blir da å skape forståelse for at endringen er påkrevd. Dersom lederen ikke har legitimitet i gruppen, må han ty til makt for å få gjennomslag, dette er dømt til å mislykkes. Tilhørigheten til profesjonen og dens verdier står sterkere enn sykehuset visjoner, verdier og målsettinger. Sterke profesjonsgrupper og organisasjonsenheter, slik man ofte finner i sykehus, krever en leder som får aksept og legitimitet av medarbeiderne. Samtidig må denne lederen evne å se at organisasjonen trenger et annet lederskap enn det gruppene forventer av han/henne (Ibid).

*«En engasjert ledelse som setter tidlige mål og som anerkjenner det viktige arbeidet helsepersonellet gjør, er av stor betydning for å nå målet om bedre pasientsikkerhet»*

(Anne Grete Skjellanger, sekretariatsleder pasientsikkerhetsprogrammet, Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013: 10)

En tidligere studie ved medisinsk avdeling, Ålesund Sykehus, som også tar for seg legemiddelsamstemming, går det frem at det er langt flere avvik ved de pasientene der legemiddelanamneseskjemaet ikke er brukt. Forklaringer på dette kan være at i de tilfeller det ble brukt registreringsskjemaet, var det bedre kommunikasjon mellom de ulike avdelingene på sykehuset. En annen forklaring kan være at skjemaet faktisk virker som en påminnelse til å samstemme pasientens legemidler. Muligens kan det også tenkes at de som valgte å bruke skjemaet er mer interessert i å hente en mer korrekt legemiddelanamnese (Fagervoll et al, 2013).

De store avvikene på bruk av samstemmingsskjemaene ved den tidligere undersøkelsen ved Ålesund sykehus kan tyde på at opplæringen ikke har vært god nok. Studien peker også på at det dårlige resultatet kan skyldes at det primært er turnusleger med dårlig erfaring som tar opp legemiddelanamnesen til pasienten ved innkomst. Manglende erfaring kan være en risikofaktor for klinisk relevante uoverensstemmelser ved opptak av en slik anamnese. En hektisk arbeidssituasjon som det er i mottagelsen kan også være til hinder for å få en god nok oversikt over pasientens totale legemiddelbruk. Det kan være hensiktsmessig å fullføre samstemmingen på sengepost (Ibid).



Fagervoll et al (2013) konkluderte i sin studie med at kvaliteten på den legemiddelsamstemmingen som ble utført ved Ålesund sykehus ikke var god nok, til det var det for mange avvik mellom den samstemmingen som ble gjort av leger og sykepleier, kontra den som ble utført av farmasøyter. Dette til tross for at flere forbedringstiltak var iverksatt. Å samstemme legemidler er en kompleks prosess, og studien kom frem til at et svært aktuelt tiltak ville være å innføre legemiddelsamstemming på sengepost, utført av opplært helsepersonell.

Det kan ofte være vanskelig å få de autonome profesjonene med på laget i endringsprosesser. Spesielt dersom disse blir gitt av administrasjonen, der mange av de ansatte ikke har helsefaglig utdanning. Den Norske Legeforening (2011) understreker at sykehus er kunnskapsorganisasjoner, og må styres og ledes deretter. Ledelsen må forstå tenkemåten og fagområdene organisasjonen opererer innenfor, dette for å sikre bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Kompetanse er den viktigste ressursen for kvalitetsforbedring, og derfor må ledelsen ha medisinskfaglig bakgrunn i tillegg til lederkompetanse. For å få legitimitet som leder til ansatte i helseforetaket, er det viktig at man kjenner feltet og har profesjonsutdanning. Gjennom fagkunnskapene er det allerede dannet en bro mellom ledelsen og de ansatte, slik at endringen er lettere å få gjennomslag for.

Den Norske Legeforening (2011) sier at hovedformålet med å måle kvalitet i helsetjenesten må være kvalitetsforbedring og læring. Kvalitetsindikatoren som blir målt, må være relevant, representativ og viktig for organisasjonen. Det må skilles mellom det som man trenger å vite, og det som det er kjekt å vite noe om. Indikatorene må måles lokalt, og inngå i en læringsløype. De målbare dataene må deretter brukes av ledelsen som styringsgrunnlag. Organisasjonen må da prioritere de områder som skal måles, og ved en riktig bruk av kvalitetsindikatorene, kan disse være gode redskap for riktig prioritering av ressurser. Og når de fastsatte målene er oppnådd må indikatorene evalueres og videreutvikles eller endres. På denne måten vil man hele tiden kunne benytte seg av PDSA-sykluser, der man hele tiden ser på egen praksis gjennom de målinger som er gjort, slik man kan forbedre denne.

PDSA-syklusen beskriver i hovedsak den induktive læringsveksten av kunnskap, gjennom det å foreta endringer og deretter reflektere over konsekvensene av disse endringene. The model for improvement bør være en del av den daglige normale aktiviteten i hele organisasjonen. Dette er en læringsmetode som er kjent for forskere, men har vært ukjent i

det daglige arbeidet på arbeidsplassen. Dette kan også kalles for en «demokratisering av vitenskap» (Berwick, 1996). Forbedringsmodellen baserer seg på enkel innhenting av data, slik at det skal være et verktøy for forbedring som er enkelt å bruke i den daglige driften. Det å innhente data på antall legemiddelsamstemte pasienter, er gjort slik at det krever minst mulig ekstrainsats hos personalet. Ved utskriving av pasienten bruker man nå omlag et halvt minutt lenger enn før, prosjektgruppen har sett viktigheten av å holde registreringen så enkel som overhode mulig.

Berwick (1996) sier at det å finne ut hva som skal forbedres er det første skrittet mot forbedring. Jo mer spesifikt målet er, jo mer sannsynlig er det at det skjer en forbedring av tidligere praksis. Lederne har plikt til å avklare organisasjonens mål. Med mange viktige agendaer er det sannsynlig at forbedringsarbeidet for kan bli kaotisk, det er da avgjørende at noen gjør en spesiell innsats rundt noen få bestemte mål. Man kan ikke bestige alle topper samtidig, noen må si «ta den bakken der». Med dette menes det at man må velge seg ut enkle mål, og jobber systematisk med dette. På denne måten kan man konsentrere seg om en ting i gangen, og dermed lettere implementere de nye prosedyrene i det daglige rutinearbeidet. Håpet er at dette etter hvert blir en varig endring. Gjennom eierskap til prosessen, og ved økt bruk av lederstrategi O, blir kvalitetsarbeidet en del av kulturen, og dermed skapes endring som vedvarer.

Helsepersonell gjør ofte motstand mot å trekke sammen rundt et lite felles mål. Helsepersonellet er vant til fragmentering, der man er opptatt av sin seksjon og sine arbeidsoppgaver. Profesjonene står også opp mot hverandre, og verner om sine profesjonsbestemte oppgaver. Men dersom man kun forbedrer sine egne spesifikke oppgaver, så vil man ikke oppnå det å forbedre systemet som helhet (Ibid). Man må sette sammen prosjektgrupper på tvers av seksjoner og avdelinger, slik man kan se helheten i kvalitetsarbeidet rundt pasienten. Det å få en forståelse for at innhenting av riktig legemiddelliste allerede de første timene etter at pasienten er innlagt i sykehus, vil gi en total gevinst for alle, kan være vanskelig for den enkelt ansatte å se fra sin arbeidsplass. Det er en stor utfordring å få store ansattgrupper til å se helheten i det tilbudet som blir gitt, man må finne gode redskaper til å få personalet til å se utenfor sin lille sfære.

Berwick (1996) mener at det må to spesifikke egenskaper til for å nå målet om forbedring. Målet må være ambisiøst, slik det umiddelbart gjør det opplagt at dagens praksis er utilstrekkelig, og at endring er påkrevd. En mindre ambisiøs målsetting kan rett og slett

føre til at organisasjonen blir for stresset for å kunne oppnå kun marginale forbedringer. Det andre er at man må holde fokus på de mål som er viktige for samfunnet, det vil si for pasientene og deres pårørende, og de omgivelsene de befinner seg i. Et tegn på godt lederskap er det å hele tiden minne folk på dette, og spørre om hvilke eksterne behov dette forbedringsarbeidet stiller. Det er dette som avgjør prosjektets suksess eller fiasko, om det dekker de eksterne behovene som samfunnet stiller.

I et forbedringsprosjekt trenger man ikke å finne et perfekt svar på en hypotese, slik som i et forskningsarbeid. Man trenger ikke randomisering, styrkeberegninger og omfattende testing. Det som trengs er akkurat nok informasjon til å ta det neste steget i læringsprosessen. Ofte kan en liten serie av pasienter eller noen tett observerte hendelser inneholde mer enn nok informasjon for å evaluere en bestemt prosess. I forbedringsmålinger kan ønsket om perfekte resultat stå i veien for forbedringsarbeidet (Berwick, 1996). Man må kunne lære av de målinger som er foretatt, slik kan legemiddelsamstemmingen stadig bli bedre. Ved små PDS-sykluser og hyppige møter i prosjektgruppen, kan man avdekke ulike flaskehalser som er til hinder for måloppnåelse. Målet er at 100 % av innlagte pasienter blir samstemte, men likevel må man holde fokus i selve prosessen på det å nå delmål og avdekke uønskede hindringer.

Ledere i helsevesenet har en tendens til å falle tilbake på kjente konsepter for endring. Dette ofte gjennom kursing eller å gi ulike intensiver. Begge disse måtene tenderer til å understreke det eksisterende systemet, snarere enn å bygge et nytt konsept for endring. Spesielt det å kurse folk, og så få de til å endre kurs basert på den faktaopplysningene de har fått, er en langsam vei mot endring (Berwick, 1996). Man ser at det var det utgangspunktet Helse Møre og Romsdal HF hadde i starten. Fagavdelingen underviste store puljer av ansatte, og instruerte dem i bruk av de nye prosedyrene. Nullmålingen i mai 2013 viste imidlertid at etterlevelsen av den nye prosedyren var laber, og at ansatte stort sett fulgte gammel praksis. Ved å innføre kvalitetstavlene, der man fikk intern konkurranse mellom fagseksjoner og sengeposter, fikk man en stor oppsving i antall samstemte pasienter. Vi har ennå ikke nådd målsettingen om 100 %, men er godt fornøyd med de delmålene som er nådd underveis. Prosjektgruppen prøvde ut en ny form for verktøy gjennom disse tavlene, og la mindre vekt på opplæringen. Så langt har dette vært en vellykket retningsendring i samstemmingsarbeidet. Likevel har vi i prosjektgruppen valgt å få farmasøyter til å kontrollere at den samstemmingen som er utført holder en viss kvalitet.

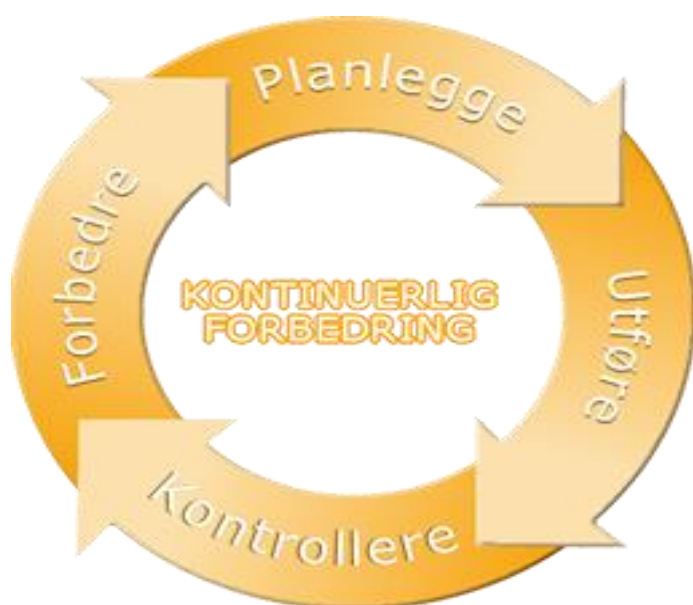
Den Norske legeforening (2013) sier at et viktig virkemiddel i kvalitetsforbedringsarbeidet er måling av kvalitet på tjenesten. Dette er et godt verktøy for å avdekke eventuelle behov for endringer. Likeså kan man lettere evaluere effekten av de forbedringstiltak som blir iverksatt. De resultat som kommer frem fra målingen, må bli brukt inn i en læringssirkel, og bli en gjenstand for refleksjon. Andre virkningsfulle virkemiddel i arbeidet med kvalitetsforbedring er faglige standarder og råd, samt kvalitetsregistre. Disse kan fungere normgivende, og gi et godt utgangspunkt for god faglig klinisk praksis, og dermed også et godt utgangspunkt for måling. Ulike kvalitetsregistre er gode kilder til data som kan gi viktig informasjon om status for en eller flere behandlingsmetoder og kan for eksempel brukes som et ledd i å vurdere om et eller flere tiltak har medført en endring i praksis eller ikke.

Det å bruke PDSA-syklusen er en metode for å prøve ut endringer i reelle arbeidssituasjoner (Berwick, 1996). På denne måten kan man måle effekten av iverksatte tiltak på en bedre måte. Prosjektgruppen får raske resultater, som er lette å bringe videre til legene og pleiegruppen som utfører samstemmingen. Likevel kan disse små syklusene lett stoppe innenfor gruppen, da man ikke alltid når fem med kjapp informasjon. Man har heller ikke alltid nok ressurser tilgjengelig til å kunne sette av tid slik de ansatte kan delta i forbedringssyklusen. En sykepleier sier dette i spørreskjemaet: *«Jeg skulle ønske jeg fikk påvirke legemiddelsamstemmingen mer, jeg synes skjemaet er litt for komplisert, dette kunne ha vært gjort på en enklere måte»*. Ved å ta med de som bruker skjemaet i arbeidet med PDSA-syklusene, kunne man med enkle grep ha endret på skjemaet dersom det var behov for dette.

Effektive ledere i forbedringsarbeid insisterer på at status quo blir kontinuerlig utfordret gjennom en aktiv utprøving av endringsforsøk på en liten skala. En slik utprøving er ukjent for de fleste i sin arbeidshverdag, og vil møte motstand. Denne motstanden kan ha mange forkledninger: for eksempel etterspørsel av den perfekte måling, planlegging av så store tester at de aldri vil kunne forekomme, eller gjennom å forsøke å skyve på tidsrammen (*«Vi møtes igjen neste måned»*). Det en bør si, er at vi møtes igjen i morgen for å fortsette forbedringsarbeidet. Mye av motstanden mot legemiddelsamstemmingsprosedyren har vært at den er tidkrevende, og at man ikke rekker å gjøre dette i dagens arbeidshverdag. Det er for travelt på jobb, forholdene ligger ikke til rette og så videre. En uttrykte det slik i spørreundersøkelsen: *«Jeg var motstander av prosedyren fra dag 1, dette var for tidkrevende og tungvint. Mene etter å ha vent meg til den nye måten å gjøre det på, har det*

*blitt en del av de daglige rutinene, og disse tar jo ikke så lang tid heller.» En annen kommentar lød slik: «Samstemming var et ork, men nå er det en naturlig del av hverdagen, og det er faktisk gøyt!» Man kan endre praksis uten at det tar for mye tid og ressurser.*

Selv om PDSA-syklusen har piler som peker fremover fra trinn til trinn, er det iblant nødvendig å ta et skritt tilbake til et tidligere trinn i prosessen. Dette kan for eksempel være tilfelle hvis man finner ut at forankringsarbeidet som skal gjennomføres i trinn 1 ikke er tilstrekkelig når ny praksis skal iverksettes i trinn 3. Slik kan PDSA-syklusen hele tiden korrigere praksisen.



*Figur 16: PDSA-syklusen, kontinuerlig forbedring av praksis*

*([www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no))*

The model for improvement er ikke en stor og presis studie som vil ta måneder eller år, men en liten, smart informativ PDSA-syklus som ofte kan starte i løpet av noen dager eller timer for en første motivasjon. Det er en storskalaleksjon som kan kobles gjennom småskalasykluser kumulativt til hverandre. I stedet for å forsøke å oppnå det store målet med en gang, tar man små, informative trinn, ved hjelp av målinger og forsøk for å få kunnskap. PDSA-syklusene gjør at man må stoppe opp og reflektere over det som er lært.

Refleksjon over handlingene er så avgjørende for å lykkes at ledere må ta det inn i sin daglige væremåte (Berwick, 1996). «*Det hjelper at seksjonslederen er aktiv i avdelingen, og hele tiden etterspør om pasientene våre er samstemte. Det holder fokus oppe, og vi kan ikke sluntre unna.*» Dette svaret fra spørreundersøkelsen viser at leder har et særlig ansvar i å holde trykket oppe. Lederen må hele tiden snakke med sine ansatte, og minne dem på at pasienten skal samstemmes. Ved å velge ut noen nøkkelpersoner med særlig interesse for denne prosedyren, kan leder avlastes gjennom det at andre opptrer som vaktbikkjer i sengeposten.

De tre ordene forbedring, søken og læring er sterkt forent i the model for improvement. En dyktig leder må forstå at veien til forbedring går gjennom endring. En effektiv måte å endre praksis, er å lære av de handlinger vi selv foretar. Dersom man prøver å flykte fra den lærdommen de historiske resultater endringsforsøk har gitt organisasjonen, setter man forbedringsarbeidet i fare. Dyktige endringsledere utfordrer dagens situasjon ved å insistere på at dagens system ikke kan vedvare, og tilbyr klare alternativer for en bedre praksis. De lederne som på en overbevisende måte klarer å gi de ansatte troen på at en forbedret praksis må til gjennom å vise at alternativet enn dagens praksis er bedre, har støtte sannsynligheter for å lykkes i sitt forbedringsarbeid. I praksis kommer arbeidsstokken sjeldent med et mer dristig konsept enn det ledelsen allerede har lagt på bordet som alternativ til dagens praksis (Berwick, 1996).

Hva er det man prøver å oppnå? Forbedring må være ønsket, og det å sette spesifikke mål er avgjørende for å lykkes. Målinger er bare et verktøy til å oppnå forbedring, men forbedringen kan ikke skje uten at den måles. Her er det viktig å måle i forbindelse med læring (fra egen praksis, fra eksperiment), ikke i forbindelse med dom (for eksempel om å avgjøre om man skal kjøpe et produkt eller ikke). Ettersom nye mål krever forandring av systemene, er det viktig å være i stand til å identifisere de forandringer som er lovende, og å unngå de som er unyttige (Berwick 1996). Man må selge inn budskapet om hvorfor det er nødvendig å drive med legemiddelsamstemming. Det å fremstille samstemmingen som så viktig for pasienten, vil gjøre det vanskelig for ansatte å gå tilbake til den gamle vanen. I spørreundersøkelsen som ble delt ut til ansatte i medisinsk avdeling, var det en som svarte følgende: «*Fokus er viktig. Det å hele tiden bli målt, og det å kunne se resultatene hver uke, gjør at man tenker igjennom hvorfor dette er viktig. Vi vil jo pasientens beste, ikke sant?*» Denne kommentaren underbygger at det å fokusere på legemiddelsamstemming, og

det å synliggjøre resultatene, er viktig for å få de ansatte til å følge prosedyren. Man kan også se at de reflekterer over egen praksis i større grad enn tidligere.

I en endringsprosess flyter det mye informasjon, der ledelsen har en privilegert mulighet å nå denne informasjonen, selv om den kan være filtrert. Dette gir ledelsen muligheter til å virke, og til å kunne rette oppmerksomheten mot problemene og utfordringene i prosessen. Makten til lederen avhenger av måten han utøver denne. Det kan være en balansegang å forholde seg til store mengder informasjon, og porsjonere ut kun det som trengs av informasjon i de ulike delene av prosessen. Det er svært vanskelig å lede overordnet og strategisk uten en refleksjon over hvordan informasjonsstrømmen er tilrettelagt, samt det å påvirke informasjonen til og nå fastsatte mål (Strand, 2007). Det er en balansegang å nå ut med rett mengde informasjon. For mye informasjon når ikke inn, da de ansatte i en travel arbeidshverdag, der de skal ta hurtige avgjørelser, har ikke nok tid til å sette seg ned for å innhente informasjon på egen hånd. I en sykehusavdeling er det også lite rom for det å kunne sette seg ned med alle ansatte for å gi tilpasset informasjon. For lite informasjon kan undergrave viktigheten i den beskjeden som er gitt. Man må finne egne fora, der de ansatte får presentert data, og bli gjort kjent med ny kunnskap på området. Det er også viktig å sette av litt tid til refleksjon over teamet i etterkant av denne presentasjonen. I medisinsk avdeling har man kommet frem til at egne fagdager, der de ansatte er ute av den daglige driften, og kun kan konsentrere seg om fagutvikling, er godt egnede arenaer.

For å lykkes med endring, må lederen motivere de ansatte til å ville dette. Dette gjøres best gjennom delegering og utstrakt deltakelse. Lederen må ikke overdrive viktigheten av sin rolle i endringsprosessen, for det er gjennom støttende tiltak fra leders side at de ansatte blir drivkraften i endringsprosessen. Det er de ansatte som utfører det daglige arbeidet som kjenner til seksjonens behov og utfordringer, og de kan stille flere rasjonelle forslag enn det ledelsen får til på egen hånd. Når ansatte får lov til å være med å diskutere ulike alternativer, og får komme med sine synspunkter, vil dette kunne føre til et større eierforhold til endringsprosessen. Man kan da i større grad unngå mostand mot endring, og må ty til færre sanksjoner for å oppnå endringen (Jacobsen, 2004).

De ansatte kan være faglig uenig i endringen som skjer, og da gi uttrykk for at det ikke er behov for endring. Faglig uenighet kan ofte være et argument ansatte bruker for å dekke

over andre årsaker til motstand. Frykt for det nye og ukjente ligger ofte bak, det som er kjent, dagens praksis, er ofte trygg og komfortabel (Jacobsen, 2004). Å tilegne seg nye arbeidsmetoder krever tid, og tid er som kjent en knapphet i dagens arbeidshverdag. Sykepleierne og legene er derfor ikke alltid motiverte til å starte nye prosjekter, da de ofte føler de knapt nok har tid til å utføre de allerede pålagte oppgavene. «Å *hele tiden få nye prosedyrer er slitsomt, kan vi ikke bare ha det slik som før? Det funka bra det! Vi orker snart ikke mer*» Slik kom dette til uttrykk i spørreskjemaet.

Det er viktig for lederen å skape motivasjon for endring blant de ansatte. En må finne frem til motivasjonsfaktorer som gir den enkelte et ønske om å forandre sin praksis. Det må skapes et positivt bilde av endringen, samtidig som en må tegne et mer negativt bilde av dagens situasjon. Til mer overbevisende og motiverende lederen er, dess sterkere vil de ansatte ivre for endringen. Lederen kan også understreke at dette er en unik mulighet til å utnytte de mulighetene som finnes for å gi økt kvalitet til tjenesten og gi en bedre arbeidshverdag.

Jacobsen (2009) sier at strategier for endring som fungerer godt i en kontekst, kan fungere dårlig i en annen setting. Det er derfor svært viktig å ta hensyn til konteksten når endringsstrategi skal velges. En organisasjonsendring handler ofte om å endre de kontekstuelle forhold. Disse systemene, rutine og reglene som utgjør konteksten, er ofte uavhengige av de ansatte i organisasjonene. Det er likevel en sammenheng mellom atferden til aktørene og de kontekstuelle forhold, som gjør at endringer i konteksten vil føre til endring i de ansattes måte å tenke på og opptre.

Endringens drivkrefter bør være klare. Men selv om drivkreftene er klare, så sier de lite eller ingenting om hvilke tiltak som er nødvendig for å få en vellykket endring. Dette gir rom for fortolkninger og valg. Drivkreftenes styrke og klarhet vil ha stor betydning for mulighetene til å kunne gjennomføre den planlagte endringen. Dette vil påvirke hvordan selve endringsprosessen, forløper, med spesielt stor vekt på mengden motstand man må regne med i prosessen (Jacobsen, 2009). Man må selge inn budskapet til de ansatte. Hvor man enn snur og vender på det, må de ansatte forstå budskapet, de må etterleve det og de må tro at den nye praksisen er så god at den gamle ikke lenger kan benyttes for å oppnå pasientsikkerhet.



Vellykkede endringsprosesser trenger god ledelse. Gode endringsledere trenger ikke nødvendigvis å lede selve endringsprosessen, men de skaper forutsetninger for at endringen skal finne sted. De skaper et klima for endring i organisasjonene. God ledelse er å tilrettelegge slik at en av lederstrategiene, strategi E eller O, kan brukes med hell. En planlagt endring fordrer at noen tar initiativ, og gjennomfører dette initiativet slik at det resulterer i endring. I de aller fleste endringsprosesser avgjøres det om den er vellykket eller ei, av den ledelsen som blir utført før, i løpet av og etter prosessen.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) sier i sin veileder ”...og bedre skal det bli!” at det er et sentralt lederansvar å sikre kvaliteten på de tjenester som leveres. Lederne har også et ansvar for å sikre gode kvalitetsutviklingsprosesser. En må også sikre et tilbud som oppleves helhetlig og sammenhengende for pasienten. Det er også viktig at helsetjenesten har sin egen internkontrollør. Internkontroll er et lovkrav. Slike internkontroller har vist seg meget nyttige for å sikre god nok kvalitet på den tjenesten som ytes. I medisinsk avdeling har prosjektgruppen bedt farmasøyter om å kvalitetssikre den legemiddelsamstemmingen som blir utført. Slik sikres internkontroll på om det vi gjør er godt nok. Farmasøytene kan også sette pekefingeren på det som ikke fungerer optimalt, slik at man gjennom PDSA-sykluser kan endre kurs og oppnå ytterligere forbedring.



*Figur 17: Kontinuerlig forbedring ved bruk av PDSA-sykluser (Sosial- og helsedepartementet, 2005).*

Det å sikre ”rett person på rett plass” er et lederansvar. Videre går ansvaret ut på å sikre at utøverne har den nødvendige kompetansen og kunnskapen som behøves. Ny kunnskap må også tas fortløpende i bruk. Ledelsen må sikre at et systematisk kvalitetsarbeid inngår i en kontinuerlig prosess. Det vil si at systemet bidrar til læring og utvikling, til iverksetting, evaluering og forbedring av tjenesten. Det må klargjøres hva som forventes av den enkelte arbeidstaker, både hans individuelle innsats og som en del av organisasjonen. Hver enkelt ansatt skal delta i det systematiske forbedringsarbeid, og denne innsatsen må anerkjennes og belønnes (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). «*Når vi er best, vil vi ha kake!*» Denne kommentaren fra spørreundersøkelsen understreker nettopp dette. Å anerkjenne den jobben som gjøres, og berømme små seire, er viktig for å holde motivasjonen oppe. Å skape stolthet hos de ansatte, styrker eierskapet til legemiddelsamstemmingsprosedyren, og dermed opprettholdes de gode målingene.

Det å oppnå forbedring forutsetter at man følger effekten av iverksatte tiltak over tid. Ved å følge med og evaluere prosessen langs med, får en informasjon som aktivt kan brukes til ytterligere forbedring av tjenesten. Videre kan man underveis ha muligheter til å endre kursen på forbedringsarbeidet, og til å se om endringen faktisk fører til forbedring. PDSA-syklusene må brukes hyppig for å unngå uønsket variasjon i målingene. Posten er nå stabil rundt 80 % legemiddelsamstemte pasienter, og det bør settes i gang tiltak for å unngå målinger som er lavere enn dette. Et eksempel er å følge med på de enkeltpersoner som har en dårlig måloppnåelse, og samtale direkte med disse for å avdekke årsaken. Det å bli sett er viktig for å hindre motstand, og man kan avlive en del antagelser ved å gå i dialog med de ansatte som sliter med å etterleve dagens praksis.

For å lykkes med forbedringsarbeidet er forankring i ledelse, fagmiljøet og hos andre involverte parter avgjørende. Det må også vises igjen i virksomhetsplanen til organisasjonen, og i den visjonen som organisasjonen har (Bakke et al, 2013).

For å starte opp og tilrettelegge for forbedringsarbeid, har lederen en svært viktig rolle. Det er av stor betydning at lederen er støttende og engasjert i arbeidet. Han eller hun må skape en prosess der alle involverte er deltagende i forbedringsarbeidet. Lederen har også ansvar for at det blir satt av nok tid og ressurser til dette (Bakke et al, 2013).

Forskning viser at de viktigste faktorene for å få til et vellykket forbedringsarbeid er å sikre opprettholdelse av forbedringene og spredning av dette arbeidet. Det må også settes av nok tid til å involvere og informere alle aktørene om det forbedringsarbeidet, dette må gjøres underveis så vel som før oppstarten. Det enkleste er da å bruke eksisterende møteplasser. En kan også danne læringsnettverk på tvers av enheter som samarbeider om forbedringsarbeidet (Bakke et al, 2013).

Man må skaffe seg en oversikt over dagens praksis for å finne ut hva som bør forbedres. En kan da måle hvordan tjenesten er per i dag. Dette vil forhåpentligvis avdekke hva som bør forbedres. Målingen vil også gi en pekepinn for å lage konkrete mål for det planlagte forbedringsarbeidet. Måling av «her-og-nå-situasjonen» vil muliggjøre en vurdering om planlagte tiltak vil kunne føre til en reell bedring av kvaliteten på tjenesten, og ikke at det kun blir en endring av praksis (Ibid).

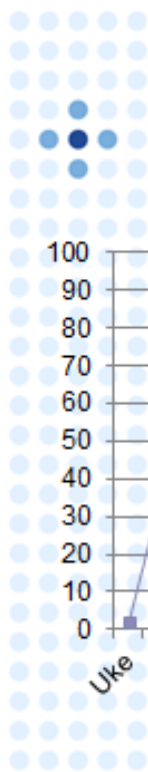
Før forbedringsarbeidet starter, bør man kartlegge. En god kartlegging vil være bevisstgjørende og vil kunne motivere til å forbedre dagens praksis. Denne kartleggingen vil gi noen såkalte «aha-opplevelser» som kan gi et godt grunnlag for å gjennomføre den planlagte endringen (Bakke et al, 2013). Dette støttes også i the model for improvement. Man må gjøre en kartlegging av dagens praksis, før man klargjør hva man ønsker å oppnå med forbedringsarbeidet. Man kan også unngå flaskehalser, og en god planlegging av prosjektet vil gjøre det lettere å avdekke hinder etter hvert som de oppstår.

Det er ofte mulig å forenkle endringsprosessen gjennom å fjerne unødige trin og unngå dobbeltarbeid. Ved å foreta en reduksjon av antall trinn og involvere personer, vil man være bedre i stand til å spare ressurser og redusere muligheter for å gjøre feil. Når prosjektgruppen startet med å måle antall legemiddelsamstemte pasienter, valgte man enklest mulig løsning. Det ble laget et enkelt registreringsskjema ved hjelp av Excel regneark, der det i gjennomsnitt tar 30 sekunder å få registrert inn pasientstatusen ved utreise. Registreringen er også overlatt til sekretærene, slik at sykepleietjenesten blir minst mulig påvirket. Dette gir selvfølgelig en svakhet i systemet dersom sekretæren av en eller annen grunn blir lenge vekke fra arbeid, men med godt samarbeid på tvers av postene, kan man få hjelp av andre sekretærer dersom noe oppstår i egen sengepost.

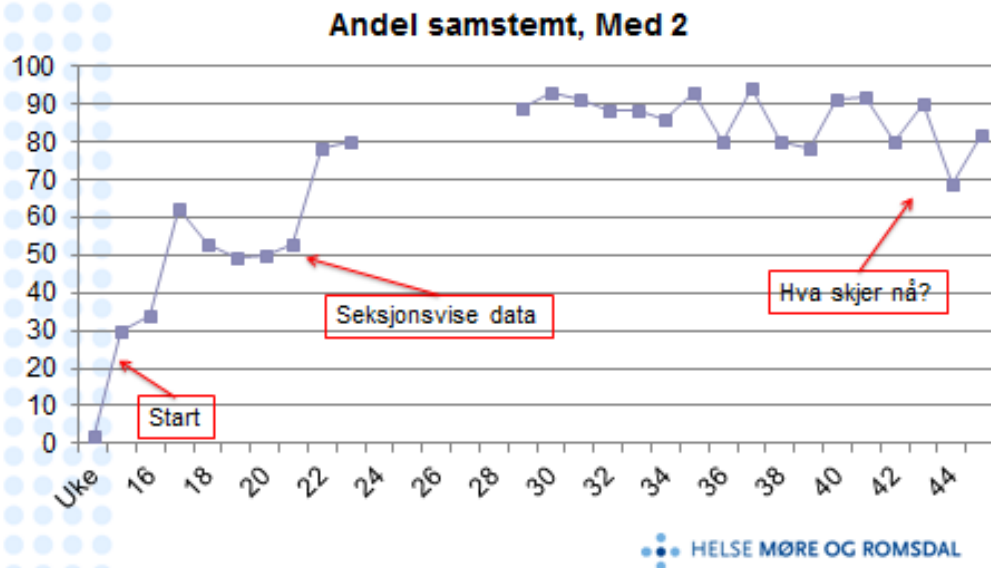
Det er viktig å søke etter dokumentasjon for at forbedringstiltakene virker. Om man finner solid dokumentasjon på at tiltak virker, kan det implementeres med stor trygghet. Det er ofte nyttig å tenke utenfor boksen, og man kan med fordel innhente ideer og inspirasjon fra andre områder enn fra helsetjenesten. Ideene og forslagene til forbedringsprosessen bør samles inn bredt og systematisk. Det er viktig at det er en tverrfaglig gruppe som er med i dette arbeidet, og også brukerne av tjenesten, da disse ofte har et annet perspektiv og erfaringer enn de ansatte (Bakke et al, 3013). Ledelsen i medisinsk avdeling har prioritert å reise på pasientsikkerhetskoneranser i regi av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet eller av Norsk forum for Kvalitet i helsetjenesten (NFKH). Der har de blitt presentert lignende kvalitetsarbeid fra helseinstitusjoner i inn- og utland, som baserer seg på samme tankegang. The model for improvement som metode er en gjenganger i disse forbedringsprosjektene. Dette gir trygghet på at man jobber i riktig retning. Det neste steget er å overbringe noe av denne kunnskapen til alle ansatte i medisinsk avdeling gjennom en egen fagdag som fokuserer på kvalitetshevende tiltak i det daglige arbeidet.

Bakke et al (2013) peker på at man gjennom analyser og sammenligninger av målinger, vil man finne ut om det har skjedd forbedring av tidligere praksis. Regelmessige målinger vil vise utviklingen av kvaliteten på tjenestetilbudet, og vil vise om det er store og uakseptable variasjoner, og om man ligger på et høyt nok nivå. I det daglige kvalitetsforbedringsarbeidet er det ofte tilstrekkelig med gjentatte målinger for å kunne dokumentere om tiltakene fører til reelle forbedringer av tidligere praksis. Kvalitetstavlene er et godt eksempel på dette, det er enkle målinger, som viser helt ferske tall. Å få presentert det på en slik måte, er mer matnyttig i det daglige arbeidet enn å få presentert tall fra året før. En sier i spørreundersøkelsen i medisinsk avdeling at: *«flott med tall fra uken før, jeg vet hvem som var på jobb, husket pasientene som var innlagt, og har lyst å gjøre det like bra, eller helst bedre, enn forrige uke»*.

Figur 18 viser variasjonen i legemiddelsamstemmingen. Man ser at i den perioden som er valgt i denne grafen, viser at medisinsk sengepost 2 lå stabilt rundt 85-90 % i mange uker, så begynte variasjonene å ble store i perioden uke 36 til 46. Det er da viktig at man finner flaskehalsene, avdekker motstand og unngår unødvendige hinder. Leder må da igjen øke fokus rundt prosjektet, for å få mindre variasjon i sine målinger.



## Resultater



Figur 18: Uønsket variasjon.

Det å redusere variasjon i behandlingsprosessen som kan føre til at det behandlingsresultatet pasienter får er veldig ulikt, er det arbeidet med kvalitetsforbedring i stor grad handler om. Man får et grunnlag for forbedring og analyse gjennom å skaffe seg kunnskap om hva variasjon betyr og hvilke konsekvenser det kan medføre. Å forstå og kartlegge årsaker til variasjon er viktig fordi det gir føringer for hvilke tiltak som kan eller bør iverksettes (Den Norske Legeforening, 2013).

Forskning viser at så mye som 70 % av forbedringsarbeid ikke klarer å opprettholde resultatene fra prosjektperioden. Man glemmer de viktigste forutsetningene for å lykkes med dette. En må få på plass et system der man overvåker at den nye praksisen fungerer optimalt og som forventet. Dette kan mellom annet gjøres ved å fortsette med regelmessige (ikke nødvendigvis like hyppige) målinger og synliggjøre og drøfte resultatene i organisasjonen. Det er leders ansvar å påse at dette blir gjort, og også sikre at resultatene brukes i videre forbedringsarbeid (Bakke et al, 2013). I medisinsk avdeling har prosjektgruppen foreløpig besluttet at man ikke vil avslutte målingene. De skal bli en del av en varig endring av praksis. Det er heller et ønske om å utvide tavlen, slik at man kan

føre opp andre kvalitetsindikatorer enn legemiddelsamstemming når man finner gode verktøy for å utføre dette.

Når forbedringstiltakene har vært utprøvd i en liten skala, kan de prøves ut i en større. Er resultatene gode også her, bør de forbedringsarbeidet spres utover i organisasjonen. Det er også viktig at de vellykkede forbedringsprosjektene blir gjort kjent gjennom for eksempel artikler, bøker eller foredrag, slik at kvalitetsarbeidet blir spredt til andre organisasjoner (Bakke et al, 2013). Man håper nå at prosjektet skal fanges opp av andre avdelinger, og gjerne andre helseforetak, siden prosjektet er lett og oversiktlig. Man trenger heller ikke å forandre så mye på de metoder som medisinsk avdeling i Ålesund benytter seg av, siden arbeidet er enkelt, lite kostbart og tar liten tid.

Dette påpeker også Den Norske Legeforening (2013). De sier at den kvalitetsforbedringsmetoden som blir brukt, må tilpasses organisasjonen den blir brukt i, hellere enn å bruke den metoden som oppfattes som den «riktige». Man må gjøre seg kjent med de lokale forholdene som en forutsetning for en vellykket og effektiv implementering. Ulike organisasjoner, og også ulike seksjoner innad i organisasjonene kan ha ulik struktur, ressurser, kompetanse og kultur som man må forholde seg til i forbedringsarbeidet. Konteksten er ulik fra sted til sted, og man må tilpasse seg denne for å kunne oppnå en vellykket forankring i organisasjonen arbeidet med kvalitetsforbedringen implementeres i.

## 5.0 Avslutning/konklusjon:

*«Veldig mye handler om forståelse for at vi er i kontinuerlig endring. Ledelse handler om å få folk til å gjøre noe annet enn det de rent intuitivt vil gjøre.»*

(Stein Kinserdal, administrerende direktør, Sykehuset i Vestfold) (Eriksen-Deinhoff og Melhus, 2013: 48)

Kvalitetsforbedrende arbeid handler ofte om en systematisk og kontinuerlig forbedring av kvaliteten på tjenesten som helsevesenet leverer. Kjernen i dette arbeidet er repeterende læring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Fagkunnskapen skal forenes med forbedringskunnskapen. Variasjonsbegrepet er nøkkelen til å forstå målsettingen til kvalitetsforbedringen i følge Den Norske Legeforening (2013).

PDSA-syklusen i the model for improvement kan brukes på både små og store prosjekter, enten alene, eller gjennom mange små sykluser som sammen har en akkumulativ effekt. Det er viktig for suksessen til forbedringsarbeidet at det kan integreres i det daglige arbeidet uten at det trengs så mange ressurser. Man ser at dette forbedringsarbeidet bør utføres av den operative kjerne, og at prosjektet bør forankres i ledelsen. Dersom ledelsen «tar tilbake» det delegerte ansvaret fra de ansatte, vil dette ofte slå negativt ut for forbedringsarbeidet (Den Norske Legeforening, 2013). De ansatte vil kunne miste eierskapet til prosjektet, og dermed miste fokus, slik at endringen ikke blir varig.

*«Et hvert system er perfekt designet for å gi akkurat det resultat det gir»*

(Paul Batalden, i Den Norske Legeforening 2013:9)

I dette ligger det en erkjennelse av at de rammene og den kulturen vi har på arbeidsplassen, vil påvirke kvaliteten på den tjenesten vi gir, og også på de ansattes kompetanseutvikling. Kjernen i forbedringsarbeidet er kontinuerlig forbedring av gjeldende praksis. Man må kombinere kunnskap om forbedring av prosesser og systemer med forbedringen av fagkunnskap og medisinsk utvikling.

Det er også viktig å unngå uønsket variasjon, slik man ikke gir ulikheter i den behandlingen som blir gitt til pasientene. Å redusere variasjon er en viktig målsetting for

forbedringsarbeidet. Kunnskap om variasjon og hvilke konsekvenser det kan gi, er grunnlaget for å starte et forbedringsarbeid (Ibid). Variasjon er uunngåelig. Selv om systemer blir utviklet slik at man i størst mulig grad skal unngå uønsket variasjon, så jobber man med mennesker i helsevesenet. Dødeligheten i samfunnet svinger, og ulike kontekster påvirker folkehelsen. Likevel bør de gjennomsnittlige resultatene av variasjon over tid være relativt stabile. Det at man ser at man hadde en periode på høsten 2013 med litt store svingninger i resultatene av legemiddelsamstemmingen betyr nødvendigvis ikke at prosjektet er i ferd med å mislykkes. Man må i disse periodene aktivt inn med små, korrigerende PDSA-sykluser for å oppnå ønsket atferd. På denne måten kan man aktivt redusere variasjonen med å sette inn tiltak der det behøves.

Ledelsen har et stort ansvar i forbedringsarbeidet. Uten forankring i ledelsen i alle ledd, klarer man ikke å lykkes med kvalitetsforbedring. Toppledelsen må etterspørre resultater nedover i organisasjonen, slik kan de sikre seg at helseforetaket utvikler seg i riktig retning, og i tråd med nasjonale føringer for pasientsikkerhetsarbeid. Kvalitetsarbeid må prioriteres av ledelsen, og deretter må dette kommuniseres til de ansatte på en tydelig måte som innbyr til inspirasjon og endringsvilje. Ledelsen må forstå at i en forbedringsprosess, der fokus er rettet dithen, må andre oppgaver i en periode nedprioriteres. Man kan ikke klatre opp alle bakker samtidig, man bestige en i gangen. Likeens må man tilrettelegge for læringsarenaer, der det er rom for refleksjon og diskusjon. Ledelsen må skape en kultur i organisasjonen som fremmer læring og utvikling.

Kvalitetsforbedring må implementeres i hverdagen for helsepersonellet. Det kreves aktiv deltagelse fra alle grupper i organisasjonen, de ansatte må involveres i planlegging og implementering av den metoden som er valgt. På denne måten oppnår man eierskap til forbedringsarbeidet, og etterlevelsen vil da øke. Forbedringen må knyttes til det daglige arbeidet og de rutiner man har, det bør ikke bli en tilleggsoppgave. Arbeidsgiver må tilrettelegge slik at man kan bygge kompetanse for å drive forbedringsarbeid innad i virksomheten, både kvalitetsforbedring som metode og i relevante verktøy.

*“The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have measured it, and you cannot measure it until you can monitor it”*

(Florence Nightingale, i den Norske Legeforening, 2013: 14).



Måling handler om å dokumentere og fremskaffe kunnskap. Det handler om å skaffe seg innsikt i den tjenesten man yter sine pasienter. Gjennom målinger kan man styre organisasjonen i ønsket retning, og gjøre sine medarbeidere bevisst på egen praksis.

Berwick (1996) peker på noen lærende poenger som er viktig å ta med i kvalitetsforbedringsarbeidet. Han sier at ikke all forandring er forbedring, men all forbedring er endring. Den reelle forbedringen kommer fra det å endre systemene, og ikke så mye fra endring innenfor systemene. Man må være tydelig på hva man ønsker å oppnå for å kunne gjøre forbedringer av dagens praksis. Deretter må man inneha en evne til å vite når endringen har ført til forbedring, og videre hvilke endringer som må til for å resultere i en forbedring.

I arbeidet med legemiddelsamstemmingen må man med andre ord finne ut om den endringen av praksis som er gjort, innehar god nok kvalitet for å kunne kalles en forbedring. Dette blir gjort gjennom at farmasøytene kvalitetskontrollerer den samstemmingen som er foretatt. Vi har ennå ikke fått gode nok analyser fra dette arbeidet, men prosjektgruppen mener uansett at det at nær 80 % av pasientene nå blir samstemte med tanke på legemiddelbruk er en forbedring fra før nullmålingen, som viste at under 10 % av pasienten ble samstemte. Fokuset har økt, og vi ser at de ansatte ønsker kvalitetsforbedringen velkommen, og foreslår ofte i tillegg andre områder som kan forbedres. En sykepleier sier dette i den spørreundersøkelsen som ble foretatt i avdelingen: *«Legemiddelsamstemming er viktig, jeg ser det nå etter å ha jobbet med det i denne perioden. Det er nesten rart vi ikke alltid har gjort dette, det er jo en selvfølge for meg i dag. Vi burde også målt andre ting, som for eksempel antall sykehusoppståtte infeksjoner eller antall fall».*

Gjennom det å fastsette spesifikke mål er det større sannsynlighet for å oppnå forbedring av dagens praksis. Målet i dette prosjektet er å oppnå at samtlige innlagte pasienter i medisinsk avdeling er legemiddelsamstemte. Det er kun en metode som skal til for å gjøre dette, prosedyren om opptak av legemiddelanamnese gir klare retningslinjer for å utføre legemiddelsamstemmingen. Verktøyet for målingene er enkelt, og er lite tidkrevende. Det er viktig å ha fokus på et mål om gangen, da det kan være vanskelig å nå alle mål på en gang. Ledelsen må akseptere at mens man jobber med ett mål, må de andre nedprioriteres for en periode.

Det er mange ansatte i helseforetaket som gir uttrykk for at den nye prosedyren er til «plunder og heft», og mener at den tidligere praksisen var god nok. Det er en viktig lederoppgave å avdekke motstand, og motivere sine ansatte til endringsvilje. Man må forstå at den tidligere praksisen ikke er god nok, og at den nye prosedyren er så viktig å etterleve at den ikke etterlater noen tvil om det motsatte. Alle ansatte må konsentrere seg om å møte behovene til pasientene fremfor behovene til organisasjonen.

Det daglige arbeidet i sykehus er ofte travelt, med store pasientgrupper og knappe tidsfrister. Det er ofte ikke rom for refleksjoner over det arbeidet som blir utført. Man flyter ofte på gammel vane. Det må derfor settes av tid i arbeidshverdagen til dette, og kvalitetsforbedrende tiltak må være av en så enkel art at de kan inngå i de daglige arbeidsrutinene.

Resultatene av kvalitetsmålingene og tilbakemeldingene må synliggjøres og diskuteres. Både oppover i ledelseshierarkiet og med medarbeidere og pasienter. Man må se om man har nådd de mål som er satt, eller om det er behov for ytterligere forbedringer. Dette vil skape engasjement og motivasjon. Det bidrar også til forankring og øker mulighetene for å oppnå varig endring (Bakke et al, 2013).

Dersom forandringen fungerer tilfredsstillende, må man sikre at forandringen opprettholdes og blir varig. Forbedringen må da bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Nye prosedyrer bør lages, eller eventuelt gjeldende prosedyrer må oppdateres. Det blir også anbefalt å tilpasse opplæringsprogram og funksjonsbeskrivelser for å sikre varig endring. En må også se på om ressurser bør omfordeles og sikre rutiner for god kommunikasjon (Bakke et al, 2013).

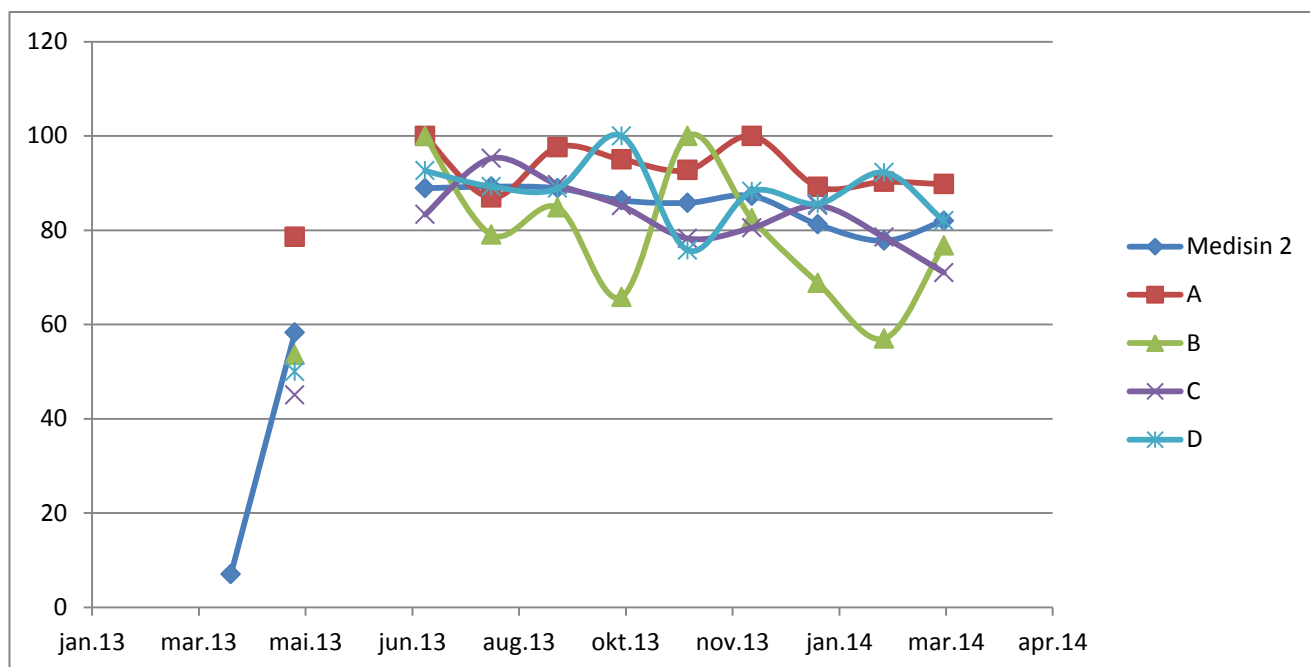
For å sikre og opprettholde en helsetjeneste av god nok kvalitet, er det å ha fokus på kvalitet og forbedringsarbeid nødvendig. Dette gjelder alt fra små lokale kvalitetsforbedringsprosjekt, slik som medisinsk avdelings legemiddelsamstemmingsprosjekt, til store nasjonale programmer, slik som det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Store programmer er svært kostbare, og krever mye tid og ressurser. Litteraturen viser at det er behov for mer forskning på effekten av slike program, særlig med tanke på den langvarige effekten (Den Norske legeforening, 2013).

Forbedring, endring og læring. Det er det kvalitetsforbedrende arbeid streber etter å oppnå. I utgangspunktet er disse tre begrepene sterkt forent. Lederen av helsetjenesten må forstå at veien til forbedring går gjennom endring, og at en effektiv måte å oppnå varig endring er å lære av de handlingene vi selv tar. Dersom man prøver å flykte fra historiske resultater, vil man kunne miste troverdighet og popularitet, og sette forbedringsprosjektet i fare.

Ledelsen har en avgjørende rolle i å starte opp og legge til rette for forbedringsarbeid i organisasjonen. Aktiv støtte og engasjement fra ledernes side har vist seg å være av stor betydning, samt at lederne skaper en sosial prosess hvor alle som berøres involveres og deltar i forbedringsarbeidet. Det er også ledelsens ansvar å sørge for at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til forbedringsarbeidet.

For at de ansatte i sykehuset skal gå fra knowing til doing som er oppgavens problemstilling, må man selge inn budskapet om at dagens praksis ikke er god nok. Når personalet anerkjenner dette, og er overbevist om at det de har gjort til nå er gir dårlig pasientsikkerhet, så levner det ikke tvil om at det må endring til. Lederen må være tydelig, ha evne til å motivere sine ansatte, og selv ha et sterkt iboende ønske om at kvalitetsforbedring er avgjørende for å oppnå god nok pasientsikkerhet og unngå uønsket variasjon. Det kreves også at lederen har kjennskap til forbedringsmodeller og ulike verktøy for å kunne oppnå endring. Forbedringstiltakene må også være så enkle at de uten videre kan brukes i det daglige arbeidet. Dette støttes også av en lege i spørreundersøkelsen som ble utlevert i medisinsk avdeling: *«Dette går greit, det har blitt en vane å gå gjennom legemiddellisten sammen med sykepleier, det tar egentlig ikke noe mer tid, og vi avdekker i blant uoverstemmelser som hindrer unødige komplikasjoner hos pasientene»*.

Legemiddelsamstemmingsprosjektet med målinger av antall samstemte pasienter er i startgruppen ved medisinsk avdeling. Man vet ennå ikke om endringen er permanent, men mye tyder på at vi beveger oss i den retningen.



Figur 19: Gjennomsnittlig prosent i perioden mai til mars

Figur 19 viser de gjennomsnittlige målingene i perioden mai 2013 til og med mars 2014 ved medisinsk sengepost 2. Målingene viser at det fremdeles er variasjon, men at man holder et noenlunde stabilt gjennomsnitt rundt 80 % måloppnåelse. Hvordan man skal komme øke gjennomsnittsprosenten er neste utfordring, og man må ta i bruk nye PDSA-sykluser for å oppnå ytterligere forbedring.

Det kan virke som det å drive med kvalitetsforbedrende tiltak krever noen forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedringen

- ✓ Forbedringsarbeidet må være forankret i alle nivåer i ledelsen
- ✓ Helsepersonellet må være aktivt deltakende og engasjerte i forbedringsarbeidet, også på tvers av seksjoner og profesjoner
- ✓ Tiltakene i forbedringsarbeidet må være skreddersydde til den konteksten enheten har
- ✓ Forbedringsarbeidet må være forenelig med de visjoner og mål organisasjonen har satt seg

- ✓ Forbedringsarbeidet må integreres i de daglige rutinene, både hos de som utøver helsehjelpen og hos ledelsen av organisasjonens ulike nivåer
- ✓ Alle ansatte må få opplæring i systematisk forbedringsarbeid
- ✓ Ledelsen må følge med på kvaliteten gjennom å foreta målinger om endringene gir reelle forbedringer.

## **Litteratur:**

Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, Vege A (2013) *Modell for kvalitetsforbedring: En veiledning i systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten*.

Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.

Berwick, Donald (1996) *A primer on leading the improvement of systems*

BMJ1996;312doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7031.619>

Den Norske Legeforening (2011) *Med kvalitet som ledestjerne – balanserte mål gir god kurs*. Statusrapport 2011.

Den Norske Legeforening (2013) *Kvalitetsforbedring – hva er det og hvordan gjøres det?* Medisinsk fagavdeling, Den norske Legeforeningen

Det medisinske fakultet: <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitet-og-pasientsikkerhet.html>

Ekeland, T. (2004): *Konflikter og konfliktforståelse for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal.

Eriksen-Deinhoff og Melhus (2013) *Sykt bra. Resepten på friske sykehus*. Oslo: Melhus Communication as

Fagervoll, Lim, Liaaen, Holst, Seljeseth og Major (2013) *Kvalitet av legemiddelanamnese tatt opp ved innleggelse på sykehus* Norsk farmaceutisk tidsskrift 10/2013

<http://www.helse-mr.no/no/Aktuelt/Nyheiter/Arkiv/Nyheiter-2013/Konkurrerer-om-a-bli-best-pa-kvalitet/125130/>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2009. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd edition).

San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Meld.St.10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*

Mintzberg, H (1979) *The Structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall

NFKH: [http://nfkh.no/cms/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=14](http://nfkh.no/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=14)

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge Hender 24-7* <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Pfeffer, Jeffrey & Sutton, Robert I. (2000). *The Knowing Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*. Boston: Harvard Business School Press.

Repstad, P (2009) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *...og bedre skal det bli!*

– Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)

Strand, T (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur. 2. utgave* Bergen: Fagbokforlaget

### **Opptak av legemiddelanamnese og ordinerings av legemidler ved innlegging eller konsultasjon**

<b>Forfatter:</b>	Unni Irene Arnestad (Kvalitetsrådgiver)
	Anne Mittet Dahl (Kvalitetsrådgiver)
	Vidar Hagerup (Kvalitetssjef)
	Ingebjørg Ellingvåg Knutsen (Kvalitetsrådgiver)
	Anne Lise Sagen Major (Farmasøyt)
	Mari-Ann Nilsen Schønning (Kvalitetsrådgiver)
<b>Dokumentadministrator:</b>	Yvonne Kosfeld Solevåg (Farmasøyt)
	Ingebjørg Ellingvåg Knutsen (Kvalitetsrådgiver)
	<b>Godkjent av:</b> Odd Jarle Veddeng (Fagdirektør)
	<b>Gyldig fra:</b> 07.11.2013
	<b>Vil utfases:</b> 07.11.2015
	<b>Versjon:</b> 2.6
<b>Revisjonskommentar:</b>	<b>ID:</b> 14641
	Endring i oppsett overskrift, fjerna mellomrom. Innhald ikkje endra
	<b>Dokumentet angår:</b> Legepersonell, Pleie- og miljøpersonell.
	<b>Dokumenttype:</b> Prosedyre
	<b>Gjelder for enheter:</b> Helse Møre og Romsdal HF (fremtidig struktur)
	<b>Dokumentkategori:</b> Pasientretta tenester/Legemiddelprosessen/Legemiddelhandtering

## **Grunnlagsinformasjon**

Rett og fullstendig informasjon om pasientens pågåande legemiddelbruk er viktig for at vidare behandling skal bli så god som mogeleg. Det er kjent at mangelfullt oppteken legemiddelanamnese er eit stort problem.

For å sikre kvaliteten på legemiddelanamnesen, bør det innhentast informasjon frå alle tilgjengelige kjelder, som pasienten sjølv, pårørande, fastlege, andre legar, kommunehelsetenesta og andre kjelder.

Legemiddelanamnese dannar grunnlag for ordinasjon av legemidler i pasienten sin kurve.

---

## **Hensikt**

Prosedyren skal sikre at informasjon om pasienten sin legemiddelbruk er rett og fullstendig, og at verksemda har ein forsvarleg praksis for registrering av legemiddelinformasjon ved innlegging/konsultasjon.



## **Omfang**

Prosedyren gjeld for helsepersonell som er involvert i prosessen rundt opptak av legemiddelanamnese og legar som ordinerer legemidla på kurve på grunnlag av legemiddelanamnese.

## **Arbeidsbeskriving**

### **Ansvar**

Helsepersonell som tek opp legemiddelanamnese har ansvar for å innhente nødvendig informasjon og dokumentere dette i pasienten sin journal (følgjeskjema, legemiddelanamnese, kurve, eventuelt innkomstjournal).

Den legen som ordinerer i pasientens kurve, er ansvarleg for at det er gjort ei grundig medisinsk vurdering av kva frå anamnesen som skal vidareførast, kva som skal seponerast evt. tillegg av nye legemidler.

### **Framgangsmåte**

Opptak av legemiddelanamnese skal starte så snart pasienten har kome til sjukehuset. For akutt innlagde pasientar er dette ein oppgåve som ikkje skal avsluttast i mottak, men skal først vidare i sengepost/ intensivavdeling. I mottakssituasjonen vil helsepersonell hente inn opplysningar frå tilgjengelige kjelder og beskrive eventuelle vanskar og behov for vidare oppfølging av legemiddelinformasjonen. For akutt innlagde pasientar skal legemiddellista alltid samstemmes av helsepersonell på sengepost/intensivavdeling (sjå eiga prosedyre ID nr 18470).

- 1.** Dokumenter i pasienten sin journal dersom det ikkje er mogeleg å ta opp legemiddelanamnese ("behov for vidare oppfølging") på følgjeskjema legemiddelanamnese.
- 2.** Avklar om pasienten får hjelp frå kommunehelsetenesta til legemiddelhandtering og eventuelt kva for ein institusjon eller sone i heimesjukepleia som tek seg av pasienten. Avklar om pasienten har multidose. Dersom pasientar med hjelp frå kommunehelsetenesta ikkje har med seg ein kopi av oppdatert legemiddelliste, ta kontakt for å få faksa/ sendt over denne og dokumenter at dette er gjort på følgjeskjema legemiddelanamnese. For multidosepasientar skal apoteket som produserer multidosen kontaktast for å få tak i siste versjon av ordinasjonskortet.
- 3.** Om mogeleg gjennomfør ein strukturert samtale med pasient/ pårørerande/ følgje for å få ein oversikt over pasientens totale legemiddelbruk. Spør om kva legemidlar pasienten brukar inklusiv dosering, administrasjonsform og bruksområde/ indikasjon.  
Spør aktivt etter:
  - reseptfrie legemidlar
  - vitaminer, kosttilskot, helsekost
  - augedropar
  - inhalasjonar
  - injeksjonar
  - kremer, salver, plaster
  - legemidlar som ikkje blir teke dagleg
  - legemidlar som kan takast ved behov

- legemidlar som pasienten har slutta å ta i forbindelse med innlegging
  - legemiddelallergiar
  - om pasienten har slutta med legemidlar grunna biverknader
- Kontakt pasienten sin fastlege om ein manglar informasjon eller er usikker, og dokumenter resultatet i pasienten sin journal.
4. Dokumenter kjelder til informasjon på følgjeskjema legemiddelanamnese.
  5. Følgjeskjema skal ligge framom papirkurven i pasientmappa.
  6. Dokumenter innhenta legemiddelinformasjon, enten frå aktuell legemiddelliste frå anna omsorgsnivå eller frå pasientintervju, på legemiddelanamnesedelen i kurven. Det settes ei pil "→" framom kvart legemiddel – dette betyr at pasienten har brukt legemiddelet inntil dette tidspunktet.
  7. Ordiner på kurve. Alle endringar som lege ønskjer å gjere i forhold til dei legemidlar pasienten har brukt fram til innlegging gjerast på kurven i rubrikken for dag 1 (nulling, seponering, endring i doser). Nye legemidlar føres i kurve med oppstartsdato framom. Årsak til alle endringar dokumenterast i pasienten sin journal. Dersom eit anna generisk preparat enn det pasienten har brukt inntil innlegging skal ordinerast følgjes prosedyre: bytte mellom byttbare legemidlar ID nr 15658.

## **Referansar**

Lov om helsepersonell § 4, § 5, § 39 og § 40

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-2

Forskrift om pasientjournal § 8

Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 4

Følgjeskjema legemiddelanamnese

Prosedyre "bytte mellom byttbare legemidler"

Prosedyre for samstemming av medisinalliste

## **Relaterte dokumenter**

[Bytte mellom byttbare legemidler](#)

## **Relaterte lenker**

Rundskriv IS-9/2008 legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandtering-for-virksomheter-og-helsepersonell-som-yter-helsehjelp/Publikasjoner/legemiddelhandtering-for-virksomheter-og-helsepersonell-som-yter-helsehjelp.pdf>

## **Vedlegg:**

Følgjeskjema\_legemiddelanamnese\_2013.pdf: [Legemiddelanamneseskjema](#)

## Vedlegg 2

### Følgjeskjema legemiddelanamnese ved akutt innlegging

F2 Medikamentskjema

Pasientdata	
Pasient ID, klistrelapp	Innhenta legemiddelliste festast til dette skjemaet Skjemaet skal scannast og leggst under F2 i Doculive

Helsepersonell ved innlegging		
Mottek pasienten hjelp frå heimebasert omsorg/kommunehelsetenesta til legemiddelhandtering?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Spesifiser evt. vanskar/behov for oppfølging av legemiddellista
Viss ja, kva for ein sone/institusjon?		
Er kommunehelsetenesta kontakta for å få kopi av oppdatert legemiddelliste/multidoseliste? (lista festast til skjemaet)	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Viss ja, kvar er lista innhenta frå?		
Har pasienten multidose?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Viss ja må oppdatert LM-liste innhentast frå multidoseapotek		
Dato/sign		

Lege ved innlegging		
Kven er kjelda til legemiddelinformasjon:		Spesifiser evt. vanskar/behov for oppfølging av legemiddellista
Fastlege, liste på henvisningsskriv	<input type="checkbox"/>	
Fastlege, separat legemiddelliste (dosett, laga sjølv osv)	<input type="checkbox"/>	
Pasientintervju	<input type="checkbox"/> Skriftleg liste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kommunehelseteneste	<input type="checkbox"/> Skriftleg liste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Pårørande	<input type="checkbox"/> Skriftleg liste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Anna	<input type="checkbox"/>	Cave
(Innleggande lege, tidlegare journal, siste epikrise osv)		
Dato/sign		

Helsepersonell sengepost eller intensivavdeling	
Samstemming av kurva opp mot legemiddelliste jfr EQS 18470	
Følgande medisinsliste er nytta til samstemming:	
Pasienten sin eigen medisinsoversikt (intervju)	<input type="checkbox"/>
Medisinsliste frå kommunehelsetenesta	<input type="checkbox"/>
Medisinsliste frå fastlege	<input type="checkbox"/>
Medisinsliste multidose	<input type="checkbox"/>
Dato/sign	

### Vedlegg 3

## Spørreskjema om legemiddelsamstemming.

<b>Kjønn</b>	
Mann	Kvinne

<b>Alder</b>			
Under 30	31-40	41-50	Over 50

<b>Yrke</b>	
Lege	Sykepleier
Hjelpepleier/assistent	Annet:

<b>Ansettelse</b>		
Fast	Vikariat	Timelønnet

<b>Er du kjent med rutine rundt legemiddelsamstemming?</b>			
Godt kjent	Noe kjent	Lite kjent	Ukjent

<b>Bruker du skjemaet for legemiddelanamnese ved samstemming?</b>			
Alltid	Som oftest	Sjeldent	Aldri

<b>Hvilke kilder bruker du ved legemiddelsamstemming? (Sett gjerne flere kryss)</b>			
Informasjon fra pasient/pårørende	HBO	Fastlege	Tidligere opphold
Hvilken kilde foretrekker du:			

<b>Tror du pasientsikkerheten øker ved bruk av samstemming og kvalitetstavlene?</b>		
Mye	Noe	Ingen betydning

<b>Har nærmeste leder nok fokus på legemiddelsamstemming</b>	
Ja	Nei

**Hva opplever du som utfordrende ved legemiddelsamstemming?**

[illegible]

Hva mener du skal til for å øke kvaliteten på legemiddelsamstemming

[illegible]

**Andre kommentarer/tips ang legemiddelsamstemming?**

--

**Sjekk liste ved innkomst****Ø- Hjelp**

Oppgave	JA	NEI	Begrunnelse
<b>Innkomst</b>			
<b>Opprettet Problem/tiltak</b> <i>Husk eget tiltak for utskrivelse og ernæring screening</i>			
<b>Målinger:</b> <b>Bt/p/tp/SpO2/Resp</b> <b>EKG</b> <b>Bl.s?</b> <b>Vekt/høyde</b>			
<b>Er pasienten bevist</b>			
<b>Legemiddelsamstemming</b> <i>(Signer "Følgeskjema legemiddelanamnese ved akutt innlegging" når utført). SKAL gjøres så raskt som mulig etter innkomst, og innen 3 dager.</i>			
<b>Lagt opp medisiner</b>			
<b>Bestilt blodprøver</b>			
<b>Tatt evt prøver (urin/feces/ekspektorat)</b>			
<b>Fastvakt fra kommunen</b> (må få EQS skjema ID 1356)			
<b>Ernæringsscreening</b> (høyde/vekt)			
<b>Fyll ut matkort</b> (Ringe kjøkkenet og bestille mat)			
<b>Fallrisiko</b>			
<b>Utreise planlegging</b> Bruk skjema: Plan for utskrivelse			
<b>Ved ♥-infarkt: Fyll ut eget skjema</b> (se prosedyre i EQS 10788)			
<b>Har pasienten barn i alderen 0-18 år?</b> Fyll ut skjema i EPJ (Ligger under nye ark, søk barn. Evt sjå dokument 15700 i EQS, for meir info).			

**Liste pasienter (I tillegg til de ovenfor)**

Oppgave	JA	NEI	Begrunnelse
<b>Er pasienten innskrevet i PAS</b>			
<b>O-mappe klar. Husk navne lapper</b>			
<b>Informér lege om at pasienten er kommet</b>			

## Plan for utskrivelse for

Navn:

Innlagt Dato

	Bosted	Sykehjem	Korttidsplass
Innlagt fra			

Har pasienten:	Ja	Nei	Kommentar (For eksempel ved nei, trenger pasienten dette?)
HBO fra før			
Omsorgsbolig			
Pårørende/familie forhold som hjelper til?			
Praktisk bistand			
Medisin hjelp? Multidose/dosett?			
Dagsenter			
Trygghetsalarm			
Hjelpemiddel hjemme			

	Ja	Nei	Dato	Begrunnelse	Utført av
Sent 24-t melding					
Søkt HBO/sykehjem					
Meldt ferdigbehandlet					
Forventet utreise dag	Dato:				

Kontakt eller avtaler som er gjort med kommunen/sykehjem.  
(Hvem er det snakket med, telefonnummer, annen viktig informasjon.)

Dato	Kontakter/ Avtaler som er gjort	Utført av

## Sjekkliste ved utreise:

Opplysningene er gitt av:

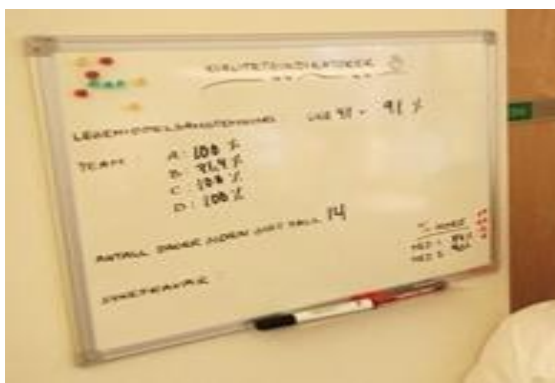
Dette er gjort	Ja	Nei	Kommentar	Utført av
Veneflon fjernet?				
Skal foleykateter fjernes?				
Kontanter til egenandel				
Klær til hjemreise				
Nøkler, mat, varme i bolig				
Transport rekvirert				
Institusjon eller HBO varslet om utreise og tidspunkt.				
Pårørende varslet				
Innlåste medisiner/ eiendeler utlevert				
Trenger pasienten resepter? Husk frikort				
Har pasienten fått pasienten orientering/ epikrise				
Ved HBO - skriv sykepleiesammenfatning				
Stryk ut matkort				
Tømt medisin skuff				
<b>Dokumentasjon:</b> Avslutt problem i doculive, skriv utnotat, evt sykepleie sammenfatning. Evt sluttnotat ved dødsfall.				



## Vedlegg 5

### Konkurrerer om å bli best på kvalitet

Konkurranseinstinktet til dei tilsette ved medisinsk avdeling glødar. Her går rapporteringa som ein lek, for alle vil bli best – best på kvalitet.



**KVALITETSTAVLE:** Seksjonsleiar og sekretær følgjer opp målingane ved medisinsk sengepost, Ålesund sjukehus.

I mai starta medisinsk avdeling med eit kraftig og tidkrevjande kvalitetsløft. For å jobbe målretta med å betre kvaliteten i avdelinga starta dei med ei grundig rapportering der dei særleg tar føre seg kvalitetsindikatorane legemiddelavstemming og fall. No har det gått sport i kvalitetsarbeidet. På vaktrommet ved sengepostane har dei kvalitetstavler som viser resultatet for veka, og kvart enkelt team konkurrerer hardt om førsteplassen kvar einaste veke.

– Her er fire team, og stakkars det teamet som dreg ned snittet, smiler seksjonsleiar når vi besøker medisinsk sengepost. Tala denne veka viser at tre av fire team ved sengeposten har 100 prosent legemiddelavstemming, medan det eine teamet må gjere ein ekstra innsats for å få revansje komande veke.

### Set pris på konkurranseinstinktet

Avdelingssjef ved medisinsk avdeling, set pris på konkurranseinstinktet. Alle tre sengepostane i avdelinga har registrering og kvalitetstavle, så det er også ein konkurranse dei medisinske postane imellom.

– Eg synest at det er kjempeflott at dei har fokus på det. Det sikrar at prosedyrar blir følgt, seier ho.

### Rapportering har blitt gøy

Kvalitetssjef i Helse Møre og Romsdal, trekk fram medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus og fortel at det har blitt ei heilt anna haldning til rapporteringsarbeidet etter at kvalitetstavlene kom opp på sengepostane. Han ser at rapportering har blitt gøy, dei tilsette blir minna på dei faktiske forholda og ser tydlegare korleis dei kan bidra for å betre kvaliteten. Seksjonsleiaren er heilt einig.

– Det har blitt ein snakkis blant dei tilsette, fortel ho, som ivrar for kvalitetsarbeidet på sengeposten.

## Rett medisin til rett tid

Å konkurrere om å vere best på legemiddelavstemming handlar om å sikre at pasienten får rett medisin til rett tid. Når pasienten kjem til mottaket ved sjukehuset skal det fyllast ut eit skjema for kva medisin pasienten går på. Dette skjemaet vert følgt opp ved at ein ringer til kommunehelsetenesta og kvalitetsikrar at opplysingane stemmer.

– Det er tidkrevjande, men vi ser at det fungerer. Først når skjemaet er fylt ut og signert er pasienten er legemiddelsamstemt, i tråd med den nasjonale pasientsikkerheitskampanjen, fortel seksjonsleiar.

(helse-mr.no)